

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme

Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers

HES-SO Valais-Wallis / Haute Ecole de Santé

Travail de Bachelor

La sexualité des adolescents âgés de 12 à 15 ans

Amélioration de la prévention sexuelle en milieu scolaire compte tenu des
comportements sexuels à risque

Revue de la littérature

Réalisé par : Delphine Stalder

Promotion : Bachelor 15

Sous la direction de : Madame Anne-Sylvaine Héritier

Sion, le 11 juillet 2018

1. Résumé

Ces dernières années, l'éducation sexuelle a fait son apparition en milieu scolaire. Cette revue de la littérature consiste donc à explorer les comportements sexuels à risque mettant en danger les adolescents âgés de 12 à 15 ans. Pour ce faire, une recherche avec des mots-clés en anglais, combinée aux opérateurs booléens "SAUF" et "ET" a été effectuée de mi-octobre 2017 à la fin du mois de février 2018 sur trois bases de données, CINAHL, PUBMED et SUMMON.

Les études analysées et publiées entre 2012 et 2017 sont de sources primaires. Elles concernent des jeunes âgés de 12 à 25 ans, proviennent de toutes régions confondues et parlent de la prévention sexuelle en milieu scolaire et des comportements sexuels à risque. Les études non rédigées en français ou en anglais, concernant des sujets de violences, parlant de l'abus de drogue et des personnes non hétérosexuelles ou non cisgenre, sont exclues.

Au final, une liste non exhaustive des comportements sexuels à risque a pu être établie. Les lacunes des interventions actuelles concernant les cours d'éducation en Valais ont pu être identifiées. Des solutions concrètes et pratiques afin de favoriser l'adoption de comportements sexuels sains ont pu être proposées. Les adolescents ayant été mentionnés comme population vulnérable, il convient de leur offrir une éducation sexuelle basée sur des données probantes en tenant compte de leurs besoins de manière holistique. La famille ayant également démontré une forte influence dans l'adoption de comportements sexuels à risque.

Mots-clés : prévention sexuelle, adolescent, comportement sexuel

2. Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier Madame Anne-Sylvaine Héritier, directrice de ce Travail de Bachelor, pour son aide précieuse, son soutien et ses fameux conseils.

Je remercie également Madame Edith Schupbach, Educatrice en Santé Sexuelle à la Fédération Valaisanne des Centres SIPE de Sion pour ses précieux conseils et réponses ainsi que pour sa disponibilité.

Un remerciement tout particulier à mes correcteurs qui n'ont pas eu une tâche facile : Monsieur Helvétien Stalder et Monsieur Jean Ournier, correcteur final.

Finalement, je souhaite adresser un immense merci à mes proches, ma famille et mes amis pour leur soutien infini et leurs fidèles encouragements.

3. Déclaration

*Cette revue de la littérature a été réalisée dans le cadre de la formation **Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers** à la Haute Ecole de Santé Valais Wallis (HEdS).*

L'utilisation des résultats ainsi que les propositions pour la pratique et la recherche n'engagent que la responsabilité de son auteure et nullement les membres du jury ou la HES

De plus l'auteure certifie avoir réalisé seule cette revue de la littérature.

L'auteure déclare également ne pas avoir plagié ou utilisé d'autres sources que celles indiquées dans la bibliographie et référencées selon les normes APA 6.0 ».

Sion, le 11 juillet 2018 :

Signature

Table des matières

1. Résumé	
2. Remerciements.....	
3. Déclaration	
4. Introduction.....	1
4.1 Problématique	1
4.2 Question et but de la recherche	4
5. Cadre théorique	5
5.1 La promotion de la santé et la prévention sexuelle en milieu scolaire	5
5.1.1 Les types de prévention.....	5
5.1.2 Importance de l'éducation sexuelle à l'école	6
5.2 Les professionnels de la santé sexuelle.....	8
5.2.1 Rôles de l'infirmière dans la santé sexuelle	8
5.2.2 Les diverses professions	10
5.3 L'adolescent et les comportements sexuels à risque	11
5.3.1 Socialisations et instances de socialisation.....	11
5.3.2 «Vulnérabilité » et comportements à risque	12
5.3.3 L'égocentrisme à l'adolescence	14
5.3.4 La théorie sociale cognitive d'Albert Bandura	15
6. Méthode	16
6.1 Devis de recherche.....	16
6.2 Collecte des données	16
6.3 Sélection des données	18
6.4 Considérations éthiques	18
6.5 Analyse des données	19
7. Résultats.....	21
7.1 Etude 1	21
7.1.1 Analyse descriptive.....	21
7.1.2 Analyse de la validité méthodologique	22
7.1.3 Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique	24

7.2	Etude 2	24
7.2.1	Analyse descriptive	24
7.2.2	Analyse de la validité méthodologique	26
7.2.3	Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique	28
7.3	Etude 3	29
7.3.1	Analyse descriptive	29
7.3.2	Analyse de la validité méthodologique	30
7.3.3	Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique	31
7.4	Etude 4	32
7.4.1	Analyse descriptive	32
7.4.2	Analyse de la validité méthodologique	33
7.4.3	Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique	33
7.5	Etude 5	35
7.5.1	Analyse descriptive	35
7.5.2	Analyse de la validité méthodologique	36
7.3.3	Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique	37
7.6	Etude 6	38
7.6.1	Analyse descriptive	38
7.6.2	Analyse de la validité méthodologique	39
7.6.3	Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique	40
7.7	Synthèse des résultats	41
8.	Discussion	42
8.1	Discussion des résultats	42
8.2	Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences	45
8.3	Limites et critiques de la revue de littérature	46
9.	Conclusions	47
9.1	Propositions pour la pratique	47
9.2	Propositions pour la formation	48
9.3	Propositions pour la recherche	49

10.	Références bibliographiques	51
11.	Annexe I : Tableaux de recension	59
12.	Annexe II : Glossaire méthodologique	65

4. Introduction

Dans son ouvrage, Kozier, Erb, Berman et Snyder (2012, p. 573) soulignent que “la sexualité est une composante essentielle de l’identité”. Elle se manifeste dès la naissance et s’épanouit à travers les âges de la vie (Kozier et al., 2012, p. 575). Cette revue de la littérature va s’intéresser à la santé sexuelle et au développement physique et psychologique des adolescents âgés de 12 à 15 ans. Afin de comprendre ce que cela implique, il faut définir le terme de santé sexuelle. La définition de l’Organisation Mondiale de la Santé (OMS, s.d.) est :

Un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité. Elle requiert une approche positive et respectueuse de la sexualité et des relations sexuelles, ainsi que la possibilité d’avoir des expériences sexuelles qui soient sources de plaisir et sans risque, libres de toute coercition, discrimination ou violence.

L’adolescence constitue la période se situant entre la fin de l’enfance et l’âge adulte. Il convient également de mieux la définir. Elle peut être divisée en trois parties :

Le début de l’adolescence (de 11 à 14 ans), marqué par l’apparition des premiers signes de la puberté ; le milieu de l’adolescence (de 14 à 17 ans), qui est particulièrement touché par les changements dans les relations sociales ; et la fin de l’adolescence (de 17 à 20 ans), influencée par les changements liés à l’identité. (Bee & Boyd, 2011, p. 237).

L’objectif général de ce travail de Bachelor sera de définir les comportements sexuels à risques pouvant être vécus par les adolescents. Mais également de comprendre leur mécanisme afin de pouvoir proposer des solutions d’amélioration qui seront mises en place lors des interventions d’éducation sexuelle en milieu scolaire et par ses actions ciblées, de diminuer la contamination des adolescents par les infections sexuellement transmissibles.

4.1 Problématique

Les derniers taux émis par l’OMS (2016b) ont estimé que plus d’un million de personnes seront victimes chaque jour d’IST. Elle cite que :

Chaque année, 357 millions de personnes contractent l’une des quatre IST suivantes : chlamydie (131 millions), gonorrhée (78 millions), syphilis (5,6 millions) et trichomonase (143 millions). Plus de 500 millions de personnes vivent avec une infection par le HSV (herpès). À tout moment, plus de 290 millions de femmes ont une infection à VPH, l’une des IST les plus courantes.

Les répercussions peuvent être multiples selon les types d'infections contractées. Par exemple, la syphilis est responsable de plus de 350'000 cas de déformation chez des nouveau-nés et augmente les risques de décès de ceux-ci. En 2012, plus de 900'000 femmes en étaient infectées. Le VPH engendre chaque année plus de 528'000 cas de cancer du col causant 266'000 décès. D'autres IST tels que la gonorrhée ou encore la chlamydia (responsable de 30 à 40% des cas de stérilité) peuvent entraîner la stérilité si elles sont mal traitées. L'herpès et la syphilis augmentent par trois les probabilités d'être infecté par le VIH. Les modes de contamination des IST sont les rapports sexuels non protégés, l'échange de produits sanguins et la transmission lors de la grossesse et l'accouchement. Actuellement, quatre types d'IST (syphilis, gonorrhée, chlamydie et trichomonase) sont traitables par antibiothérapie. L'hépatite B, le virus de l'herpès, le VIH et le VPH restent inguérissables. Des traitements visant l'atténuation de leurs symptômes et de leurs virulences peuvent être administrés et des vaccinations préventives effectuées (OMS, 2016b).

Ces taux permettent de comprendre le besoin de continuer la lutte contre les IST. Pour ce faire, l'OMS (2016b) a instauré le 16 mai 2016 lors de la 69^{ème} assemblée mondiale de la santé, une stratégie mondiale du secteur de la santé contre les infections sexuellement transmissibles 2016-2021 précédant celle de 2006-2015. Vis-à-vis de notre population, l'OMS (s.d) déplore la propagation de plus en plus précoce d'IST principalement chez les femmes et les adolescentes. Celle-ci mentionne que chaque année, une adolescente sur 20 est victime d'une IST. Pour pallier ce phénomène, elle propose que l'éducation sexuelle cible ce public dans l'optique d'augmenter leurs connaissances et de les sensibiliser aux méthodes de prévention. La population adolescente ayant été qualifiée de vulnérable.

En Europe, l'Organisation Mondiale de la santé en Europe et le Centre Fédéral de la Santé de l'éducation (BZgA) ont créé des directives standardisées, utilisées comme cadres de référence par les professionnels et les politiciens en matière d'éducation sexuelle dans les pays européens (World Health Organization [WHO], 2010).

En 2016, sur 100'000 habitants suisses, l'Office fédérale de la santé publique (OFSP, 2017) mentionne que :

La hausse a été de 20 % pour la gonorrhée (2270 cas), de 15 % pour la syphilis (733 cas), de 8 % pour la chlamydie (11 013 cas) et de 1 % pour le VIH (542 cas). L'augmentation du nombre de cas observée pour la gonorrhée et la chlamydie depuis 2000 et pour la syphilis depuis 2006 s'est donc poursuivie, tandis que le nombre de cas de VIH est resté à un niveau comparable pour la deuxième année consécutive, après une tendance à la baisse enregistrée entre 2008 et 2014.

Les données en matière de santé sexuelle chez les jeunes font défaut. Pour combler ce manque, l'Université de Lausanne (UNIL, 2016) réalisera en 2017 une étude quantitative rétrospective nommée Sexual health and behavior of young people in Switzerland dans l'objectif de récolter des données épistémologiques et de les mettre en lien avec l'histoire de vie. Le but final étant d'améliorer le bien-être et la santé des jeunes à travers de nouvelles politiques. En tout, 40'000 jeunes âgés de 25 ans seront invités à utiliser un calendrier de vie numérique permettant l'analyse des comportements.

Dans l'optique de réduire le taux d'IST, le Conseil Fédéral a prolongé le « Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles 2011-2017 (PNVI) » de 2018 à 2021 (OFSP, 2018c). Il repose sur trois axes qui seront développés dans le cadre théorique de ce travail en lien avec les types de prévention. Le Conseil Fédéral et la Commission Fédérale pour la santé sexuelle (CFSS) collaborent dans l'élaboration des directives et des recommandations pour la pratique en s'appuyant sur ce programme cité. La CFSS est composée de 15 membres experts en santé sexuelle (OFSP, 2018a).

Il existe deux modèles d'administration de la prévention en Suisse : le modèle romand et tessinois ainsi que le modèle alémanique. Ils se différencient par le personnel donnant les prestations en matière d'éducation sexuelle. Les Romands utilisent des prestataires spécifiques externes au milieu scolaire possédant le titre d'Expert en Santé sexuelle. La région alémanique intègre l'éducation sexuelle dans le programme scolaire. Celle-ci est alors dispensée par les enseignants des établissements (Jacot-Descombes, 2008, p. 2-3).

La loi fédérale sur les épidémies LEp, élaborée le 3 décembre 2010, entrée en vigueur le 1er janvier 2016 régit la prévention, la détection, la déclaration et la surveillance des IST sur le territoire Suisse (OFSP, 2018d). La déclaration et la surveillance épidémiologique incombent au médecin cantonal. En Valais, une collaboration avec l'Institut Central des Hôpitaux (ICH) permet une meilleure répartition des tâches (Service de la santé publique Valais [SSP], s.d).

L'article 1 al.3 de la loi fédérale sur les centres de consultation en matière de grossesse, élaborée le 9 octobre 1981, entrée en vigueur le 1er janvier 1984 mentionne que :

Les cantons instituent des centres de consultation pour tous les problèmes relatifs à la grossesse. Ils peuvent en créer en commun, reconnaître ceux qui existent déjà et faire appel à des organismes privés pour en assurer l'aménagement et le fonctionnement. (Le Conseil fédéral, 2018).

Pour ce faire, selon l'Association romande et tessinoise des éducatrices/teurs, formatrices/teurs, en santé sexuelle et reproductive (Artanes, 2018), une convention entre le Canton du Valais (département de la formation et de la sécurité) et la Fédération Valaisanne des Centres SIPE a été signée en 2006. Elle permet la délégation de la gestion des centres de consultation aux centres SIPE.

4.2 Question et but de la recherche

Encore aujourd'hui, les établissements et les mesures éducatives entreprises ne suffisent pas à éradiquer les IST dans le monde. Les deux principaux obstacles sont, la difficulté d'adopter des comportements sains et le manque de services accessibles (OMS, 2016b). L'OMS (2016b) mentionne que « Les recherches ont démontré qu'il fallait cibler des populations avec soin, puis fréquemment les consulter et les associer aux processus de conception, de mise en œuvre et d'évaluation ». En Suisse, les établissements sont présents en suffisance. Une des solutions serait alors de cibler des populations lors d'interventions afin de maximiser l'adoption de comportements sains. Cette déduction nous amène à la question de recherche de ce travail :

Comment l'infirmière scolaire peut-elle améliorer sa prise en charge d'adolescents âgés de 12 à 15 ans ayant des comportements sexuels à risque ?

La population adolescente ayant été choisie car elle bénéficie directement des prestations de santé sexuelle obligatoires en milieu scolaire. Mais également pour réduire le risque d'apparition de problèmes de santé à l'âge adulte (OMS, 2018).

Les objectifs principaux de cette revue de la littérature sont :

- D'approfondir et d'agrandir les connaissances de l'infirmière scolaire sur les comportements sexuels à risque des adolescents dans le but de comprendre leurs mécanismes et ainsi améliorer l'éducation sexuelle scolaire.
- De comprendre la multidisciplinarité des professionnels dans l'éducation sexuelle.
- D'identifier les facteurs influençant la sexualité des adolescents.

Ce travail de Bachelor présentera les prestations en matière d'éducation sexuelle scolaire en Valais et les divers intervenants dont elle bénéficie.

5. Cadre théorique

Le contenu du cadre théorique sera divisé en trois parties. Dans un premier temps, le lien entre la promotion de la santé, les types de prévention et l'importance de l'éducation sexuelle scolaire seront démontrés. Puis, les divers professionnels exerçant auprès des adolescents seront explicités, plus particulièrement le rôle infirmier. Pour finir, l'adolescence sera définie compte tenu de ses attributs psychologiques propres tels que la pensée égocentrique, le sentiment d'auto-efficacité, les instances de socialisation et les facteurs de vulnérabilité compte tenu des comportements sexuels à risque.

5.1 La promotion de la santé et la prévention sexuelle en milieu scolaire

Selon l'OMS (2016a) :

La promotion de la santé permet aux gens d'améliorer la maîtrise de leur propre santé. Elle couvre une vaste gamme d'interventions sociales et environnementales conçues pour favoriser et protéger la santé et la qualité de vie au niveau individuel en luttant contre les principales causes de la mauvaise santé, notamment par la prévention, et en ne s'intéressant pas seulement au traitement et à la guérison.

Dans son ouvrage, Kozier et al. (2012) mentionnent que les infirmières sont les principales prestataires d'interventions et de programmes de santé. Cependant deux obstacles s'opposent à elles. Premièrement, celles-ci participent peu à la conception du modèle théorique en promotion de la santé. Elles ont alors peu de reconnaissance théorique et doivent s'appuyer sur des recherches d'autres disciplines. Deuxièmement, les infirmières ciblent principalement leurs actions sur les dimensions individuelles de la personne. Elles ne prennent pas suffisamment en compte les aspects sociaux, politiques et environnementaux de la promotion de la santé (p. 163).

En Suisse, l'éducation sexuelle est donnée sous forme d'actions préventives en milieu scolaire. Afin de mieux comprendre ce qu'est la prévention, les types de prévention seront démontrés au point 5.1.1. Quant à son importance, elle sera clairement explicitée au point 5.1.2 de ce travail.

5.1.1 Les types de prévention

La prévention repose sur trois axes d'intervention : la prévention primaire ; secondaire et tertiaire. Le PNVI établi par l'OFSP (2018b) se base sur ces 3 modèles.

Le 1^{er} axe de prévention primaire se réfère à toutes les personnes vivant en Suisse. Il s'agit d'agir en amont de la maladie. Tout le public est ciblé afin d'administrer de la prévention pour instruire la population compte tenu des IST mais également de leur permettre

l'adoption de comportements sains tels que les règles du Safer sex (OFSP, 2018b). L'OFSP (2018b) mentionne l'importance de cibler « les adolescents sexuellement actifs, ainsi que les jeunes hommes et les jeunes femmes ».

Le 2^{ème} axe de prévention secondaire vise les personnes présentant un risque élevé de transmission du VIH et des IST. Ce choix a été pris en fonction du risque d'exposition, de la fréquence des rapports sexuels et du nombre de personnes infectées au sein du pays. Ainsi les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH), les migrants, les travailleurs du sexe, les personnes incarcérées et les consommateurs de drogues injectées (IDU) sont mentionnés comme les populations les plus à risque. Cela signifie qu'en pratique, les mesures d'administration de prévention, de propositions de dépistage vont être simplifiées pour ces populations afin d'améliorer leur accessibilité. Par exemple : campagne de dépistage gratuit pour les HSH (OFSP, 2018b).

Le dernier axe d'intervention se réfère au modèle de prévention tertiaire. Il agit directement sur les personnes séropositives ou infectées par une IST ainsi qu'à leur partenaire. Le but est de protéger les partenaires d'une contamination et de traiter les personnes infectées. Les personnes séropositives suivent un traitement afin d'avoir une charge virale inférieure au seuil de détection et les personnes ayant contracté une IST sont traitées et guéries dans les plus brefs délais. De cette manière, la contamination d'autres personnes lors de rapports sexuels est évitée (OFSP, 2018b).

5.1.2 Importance de l'éducation sexuelle à l'école

En Suisse, les thématiques liées à la sexualité ne relèvent pas seulement de l'aspect anatomique et physiologique. Elles englobent les aspects humains, relationnels et affectifs. Il s'agit d'accompagner les élèves dans un cadre sécurisé, à identifier leurs émotions, à connaître leurs droits et devoirs en matière d'intégrité sexuelle et acquérir un langage pour parler de leur corps. L'école se place comme soutien en matière d'éducation sexuelle et vient s'ajouter au travail des parents. Les cours sont donnés en fonction du stade psychosexuel des élèves afin de transmettre des informations adaptées à leur âge et leur développement (Centre de consultation SIPE, 2014).

Le 28 novembre 2014, une initiative lance le débat sur l'importance de l'éducation scolaire et ses modalités d'administration. Les réformes proposées étaient les suivantes :

L'initiative populaire fédérale « Protection contre la sexualisation à l'école maternelle et à l'école primaire » demande qu'un cours facultatif d'éducation sexuelle puisse être dispensé par le maître de classe aux enfants et aux jeunes âgés de neuf ans révolus. Un cours destiné à la prévention des abus sexuels envers les enfants peut

être dispensé à partir de quatre ans (école enfantine), mais il ne doit pas aborder l'éducation sexuelle. Un cours obligatoire destiné à la transmission de savoirs sur la reproduction et le développement humains peut être dispensé par l'enseignant de biologie aux enfants et aux jeunes âgés de douze ans révolus. Les enfants et les jeunes ne peuvent être contraints de suivre un cours d'éducation sexuelle qui dépasserait ce cadre. L'initiative souhaite ancrer ces dispositions dans la constitution fédérale. (Santé Sexuelle Suisse, 2015).

Le 20 février 2015, la fondation Santé Sexuelle Suisse (2015) prend position en défaveur de cette initiative. Son argument est la contradiction du sujet, en effet si le cours est donné par un enseignant en biologie, les notions de prévention sexuelle en seraient omises. Le cours serait réduit à l'aspect biologique de l'être humain et oublierait les dimensions sociales de la sexualité. Les notions liées aux modifications physiques venant à la puberté ne seraient pas abordées ce qui retirerait des outils de compréhension aux élèves compte tenu de leurs modifications physiques. Il viserait à maintenir les tabous liés à la sexualité et ces méthodes d'enseignement ne respecteraient pas le droit à l'information des enfants. Le changement de prévention scolaire reviendrait à remettre en question un système de qualité déjà établi. Pour finir, la fondation Suisse termine sa prise de position en relevant l'inefficacité des cours qui seront proposés vis-à-vis de la sexualité d'aujourd'hui (danger d'internet, pornographie) (p.1-3). Le Conseil fédéral (2016) recommande également de rejeter l'initiative populaire contre l'éducation sexuelle.

Le 29 juin 2015, le comité d'initiative informe par déclaration la chancellerie fédérale que l'initiative populaire a été retirée conditionnellement (L'Assemblée fédérale - Le Parlement suisse, s.d.). L'importance de l'éducation sexuelle n'a pas seulement été démontrée par le retrait et les diverses prises de position qui ont donné lieu à cette initiative. Un communiqué de presse démontre à travers une étude que l'éducation sexuelle est bien plus qu'un cours de biologie (Santé Sexuelle Suisse, 2016). L'éducation sexuelle en milieu scolaire est nécessaire et les parents doivent être soutenus dans celle-ci. Kozier et al. (2012, p. 183) définissent le rôle de l'infirmière en promotion de la santé comme une ressource à un besoin d'éducation sanitaire demandé par les individus et les communautés dont les compétences utilisées sont la diffusion d'informations et le soutien apporté à la population dans l'adoption d'un comportement sain.

En France, l'Education nationale a reconnu en 2003 l'importance de la prévention sexuelle en milieu scolaire dans les circulaires du 17 février 2003 n°2003-027. Ceux-ci définissent la prévention comme une composante permettant la construction de la personne et un devoir d'éducation vis-à-vis du citoyen. La politique nationale construit sur la base de ceux-

ci, régit la prévention afin d'éviter toutes lésions telles que les IST, les grossesses indésirées, la pornographie et autres. Elle engage le personnel à respecter la dignité et l'éthique de chacun, dans le but qu'une délimitation entre l'espace privé et public lors des cours d'éducation sexuelle puisse être trouvée (Athéa & Couder, 2006, p. 21-22).

5.2 Les professionnels de la santé sexuelle

Dans la problématique, le modèle interne et externe de la prévention sexuelle en Suisse a été démontré. Une certaine pluridisciplinarité en est ressortie. Voici sa définition :

La pluridisciplinarité concerne plusieurs disciplines, champs de recherche ou lieux comportant plusieurs services exerçant une discipline distincte (exemple : hôpital, université). Une équipe soignante et pluridisciplinaire si elle concerne le médecin, l'infirmière, l'orthophoniste, le psychologue, le diététicien, le kinésithérapeute et ect. (Christine, 2016, p. 319).

À présent, dans les points ci-dessous, les compétences propres des intervenants en prévention sexuelle seront définies. Une attention particulière sera attribuée au rôle infirmier.

5.2.1 Rôles de l'infirmière dans la santé sexuelle

Selon Kozier et al. (2012), le rôle infirmier compte tenu de la sexualité est d'accompagner les personnes à exprimer leurs inquiétudes et leurs questionnements. L'infirmière ne doit pas porter de jugement sur les pratiques sexuelles mais plutôt amener l'individu vers une réflexion sur celles-ci. Les recommandations sont proposées à la demande des personnes. Le but étant d'aider les personnes à trouver une intimité et un fonctionnement sexuel sain (p. 574).

La World Association for Sexual Health (WAS, 2014) a émis une charte des droits sexuels. L'infirmière peut l'utiliser comme support afin de respecter les droits de chacun lors d'interventions préventives.

Les facteurs influençant la sexualité sont multiples. Il s'agit selon Kozier et al. (2012) du milieu culturel, des valeurs religieuses, de la morale personnelle, de l'état de santé, des traitements médicamenteux et du stade de développement (p.580). Afin d'aider l'individu, les prédispositions de l'infirmière priment. Celles-ci n'auront pas toutes la même aisance à communiquer et à rester neutre compte tenu des sujets sensibles abordés (contraception, avortement, HSH) (Kozier et al., 2012, p. 524). Kozier et al. (2012) définissent six compétences que l'infirmière doit s'approprier :

Connaissance d'elle-même et aisance par rapport à sa propre sexualité – Reconnaissance de la sexualité en tant que domaine important de l'intervention infirmière et volonté d'aider des personnes qui vivent leur sexualité de manière très diverse - Connaissances des étapes de la croissance et du développement sexuels tout au long de la vie – Connaissance des dimensions fondamentales de la sexualité, notamment les répercussions des traitements et des problèmes de santé sur la sexualité et la fonction sexuelle, les interventions susceptibles de faciliter l'expression et le fonctionnement de la sexualité- Compétences en communication thérapeutique - Capacité à discerner que la personne et sa famille ont besoin d'être informées sur la sexualité par des documents écrits ou audiovisuels, mais aussi dans le cadre des discussions. (p.574).

Les objectifs infirmiers compte tenu de l'éducation sexuelle en milieu scolaire sont de :

Favoriser des attitudes de responsabilité individuelle et collective, notamment des comportements de prévention et de protection de soi et de l'autre. Mais aussi d'apprendre à connaître et à utiliser les ressources spécifiques d'information, d'aide et de soutien dans et au dehors de l'établissement. (Athéa & Couder, 2006, p. 22-25).

La prévention sexuelle en Valais est régie par la loi fédérale de 1981. Le mandat cantonal qui en découle a permis la constitution de centres de consultation en matière de grossesse, de planning familial et de consultation conjugale (Artanes, 2018). Les centres de consultations SIPE (s.d.) fournissent deux types de prestations.

Des prestations régulières donnant l'accès aux écoliers à des heures de prévention sexuelle en 2H, 6H, 8H et 10CO, financé par le Département de l'Economie et de la Formation (DEF). Une séance d'information est proposée aux parents d'adolescents avant leur participation aux cours. Si ceux-ci le désirent, leur progéniture peut en être dispensée. Cependant, les cours sont établis selon le plan d'études romand (PER) et leur participation y est vivement recommandée (Centre de consultation SIPE, s.d.)

Des présentations spécifiques peuvent être effectuées sur demande. Celles-ci sont à la charge du demandeur. Elles ont pour but de former en santé sexuelle des parents, des institutions, des enseignants, des soignants, des travailleurs sociaux, des élèves du postsecondaire ou encore des populations vulnérables telles que les personnes migrantes ou en situation de handicap (Centre de consultation SIPE, s.d.).

5.2.2 Les diverses professions

En Suisse, il existe deux formations post-graduation permettant d'améliorer ses compétences en matière de santé sexuelle. Elles sont proposées par la Haute école de travail social à Genève (hets, 2012, 2013). Le DAS permet de devenir un expert en santé sexuelle. Il permet d'acquérir les compétences destinées à administrer des interventions de prévention à tout type de public. Le CAS, lui, permet d'ouvrir ses connaissances par rapport au réseau de prévention et de comprendre l'approche pluridisciplinaire qu'elle englobe. Ces formations sont ouvertes à tous les professionnels travaillant dans le domaine médical, psycho-social ou dans l'éducation et, étant confrontés à des problématiques touchant la sexualité. Le DAS est plus spécifiquement conseillé au personnel désirent devenir formateur en santé sexuelle ou conseiller en milieu scolaire, médical ou dans des centres de santé sexuelle et de planning familial.

L'infirmière de l'Unité cantonale de santé scolaire de Promotion Santé Valais (PSV, s.d.) mandatée par l'État du Valais, n'intervient pas directement en classe dans un modèle de prévention. Cette tâche est déléguée à l'expert en santé sexuelle pour tous les cantons romands. Son rôle propre est de suivre chaque 3 ans les enfants afin d'établir un bilan de santé et de leur faire passer les examens de dépistage ou encore d'administrer des vaccins.

Cependant, Santé sexuelle Suisse confirme dans sa Stratégie globale de promotion de la santé sexuelle l'importance, de son rôle dans la détection de situations à risque mais également son rôle d'orientation. C'est pour cela que des offres de formation continue lui sont régulièrement proposées car elles concernent directement leur milieu pratique. Les approches en santé sexuelle demandant de solides compétences de base et de pensées réflexives (Tshibangu & Crettenand, 2016).

Les deux modèles interne et externe d'administration de la prévention en Suisse ont déjà été démontrés dans la problématique de ce travail. Cependant afin de permettre une prévention sexuelle de qualité à moindre coût financier, une approche mixte est envisagée. Ainsi, les prestataires externes tels que les experts en santé sexuelle interviendront ponctuellement auprès des enseignants afin d'augmenter leur formation de base, principalement en Suisse alémanique où le modèle interne est prédominant. En Suisse romande, les cours continueront à être administrés par des professionnels externes. Cependant, un partenariat avec les enseignants sera entrepris afin de partager leurs compétences et de placer ces mêmes enseignants comme soutien dans les thématiques de sexualité compte tenu des élèves (Jacot-Descombes, 2008).

5.3 L'adolescent et les comportements sexuels à risque

5.3.1 Socialisations et instances de socialisation

Selon Emilie Durkheim tel que cité par Martine Grainger dans l'ouvrage de Jovic et Formarier (2012) il existe deux types de socialisation, la socialisation primaire et secondaire.

La socialisation primaire réfère à la construction identitaire durant l'enfance. Elle est influencée par les structures sociales internes du développement tel que les parents, la famille, l'école et les autres enfants (Jovic & Formarier, 2012, p. 276-278).

La socialisation secondaire aussi dite continue va au-delà de l'enfance et se poursuit tout au long de la vie. Elle est influencée par les structures sociales internes mais également par des facteurs sociaux externes tels que l'école, l'université, l'armée, l'église. C'est durant l'adolescence que les jeunes adultes sont confrontés à de nouvelles institutions. De nouvelles valeurs et normes vont être instituées et vont s'ajouter au modèle identitaire préétabli durant l'enfance. Des difficultés d'intégration peuvent se faire ressentir et la création de nouveaux liens sociaux peut se révéler difficile (Jovic & Formarier, 2012, p. 276-278).

Athéna et Couder (2006) se sont basées sur les travaux d'Emilie Durkheim compte tenu des instances de socialisation afin de démontrer les trois principaux intervenants entrant en compte dans la sexualité des adolescents.

La famille constitue le premier modèle sexuel de l'enfant. Les normes et les valeurs acquises influenceront le développement de la personne et de sa sexualité. Afin de parvenir à s'épanouir et créer une sexualité, la séparation et l'autonomisation de l'adolescent sont nécessaires. Cette phase peut être perçue par les parents comme un rejet. Les interdictions peuvent donner aux parents une impression de contrôle, or l'objectif est de favoriser la communication dans la transmission de normes et de valeurs. Ainsi, les adolescents auront en leur possession des outils pour créer une sexualité saine. La difficulté étant de ne pas être trop gêné pour en parler ou ne pas devenir trop intrusif. Actuellement, l'enseignement reste du domaine féminin. Cependant, le partage paternel dans la discussion est tout aussi nécessaire que celui de la mère ou encore de l'infirmière (Athéa & Couder, 2006, p. 91-96).

Les relations avec les proches, copains et copines, sont le second modèle. Une différenciation entre les garçons et les filles a été mise en avant. Les filles expriment leurs doutes, leurs sentiments et autres interrogations dans leurs discussions. Leurs propos n'abordent quasiment pas l'aspect de la pratique et du plaisir sexuel. Ces éléments sont

souvent développés dans les espaces de parole scolaire. Les garçons se basent sur un modèle de démonstration de la virilité. L'expression des émotions et des sentiments n'est pas abordée. La communication est basée sur l'utilisation de propos machistes ou autres comportements violents. Les réalités sexuelles sont généralement modifiées par l'influence de la désirabilité sociale. Les normes et les valeurs rapportées sont alors fausses, ce qui créait des pressions imposées par les normes de groupe. La déconstruction de ces propos doit être faite lors de cours d'éducation sexuelle afin de faire prendre conscience aux élèves des pressions qui leur sont imposées par la désirabilité sociale et ainsi de leur éviter d'entreprendre des comportements ou des relations précoces non désirés (Athéa & Couder, 2006, p. 97-98).

Le dernier modèle est le rôle de la société et des médias. Les archives de la Radio Télévision Suisse (RTS, 2015) sur la révolution sexuelle en sont un bon exemple. Le début des mouvements de libération sexuelle en 1968 et les années hippies 1971 et 1972 ont changé le système familial autrefois patriarcal par une vision du couple libre et égalitaire entre les genres. Cette période marque le début de l'émancipation féminine et d'un changement total de l'abord de la sexualité. L'utilisation de la contraception fait son apparition et en 1968, plusieurs cantons suisses ouvrent des centres de planning familial. Aujourd'hui, les idées de Patrick Baudry sont reprises dans l'ouvrage d'Athéna (2006). Il qualifie de « société sexe » l'environnement dans lequel les adolescents doivent construire leurs identités. Pour lui, la société est devenue hypersexualisée dans un but commercial (p.99-110). Il est du ressort des professionnels de la santé et des parents « d'aider les adolescents à décrypter les messages concernant les rôles sexuels diffusés par la mode, la publicité, la pornographie » (Athéa & Couder, 2006, p. 85).

5.3.2 «Vulnérabilité » et comportements à risque

L'étude « Vulnérabilité aux comportements à risque à l'adolescence : définition, opérationnalisation et description des principaux corrélats chez les 11-15 ans de Suisse » menée par Archimi & Jordan (2014) a permis de démontrer l'influence des facteurs individuels, du contexte familial, de la communication avec les proches et du lien avec les établissements scolaires compte tenu de la vulnérabilité. La méthodologie utilisée n'est pas développée dans ce travail. Les résultats finaux ont estimé à 7%, soit 30'000 jeunes de 11 à 15 ans pouvant être considérés comme des individus « Vulnérables ». Les filles ont été qualifiées de plus vulnérables que les garçons. Mais ceux-ci présentaient plus de comportements à risque.

Le terme comportement à risque a été défini par les chercheurs Archimi et Jordan (2014, p. 16) comme « des actes qui exposent l'individu à une probabilité non négligeable de se

blesser ou de mourir, de léser son avenir personnel ou de mettre sa santé en péril » tels que la prise de drogue, les agressions verbales et physiques, les pratiques sexuelles à risque ou encore d'autres types de comportement. L'article se concluait en soulignant l'importance pour les professionnels de savoir reconnaître les élèves possédant des facteurs de vulnérabilité afin de les cibler lors d'actions préventives et préconisait d'intégrer les contextes sociaux les entourant tels que la famille, les proches et le système scolaire dans ces interventions (Archimi & Jordan, 2014).

Le référentiel de bonnes pratiques de Bantuelle et Demeulemeester (2008) a rassemblé les auteurs qui seront cités dans le paragraphe suivant (p. 47). Les deux principaux comportements à risque chez les adolescents sont le non-port du préservatif (Currie & WHO, 2004, p. 237) et le multi partenariat sexuel, ce qui correspond à une pratique sexuelle avec minimum 2 partenaires durant l'année (Mallet, 2003, p. 214). Cependant, les messages préventifs semblent avoir fait leur effet puisque 80,2 % des garçons et 69,6 % des filles disent y avoir eu recours au cours de leurs derniers rapports (Currie & WHO, 2004, p. 237).

En ce qui concerne la multipartenarité Vitaro et Gagnon (2000) admettent que :

Les adolescents ont des relations sexuelles de plus en plus tôt. À l'âge de 12 ou 13 ans, les différentes études consultées indiquent qu'entre 12 % et 23 % ont déjà vécu au moins une relation sexuelle alors que cette proportion fluctue entre 47 % et 69 % chez les 16-17 ans. En ce qui concerne le nombre de partenaires sexuels, entre 13 % et 20 % des adolescents rapportent en avoir eu six ou plus depuis leur première relation sexuelle, dont une plus grande proportion de garçons que de filles (p.550).

Voyons quelques valeurs rapportées par l'enquête internationale « Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) » réalisée par Archimi, Windlin et Jordan (2016) auprès d'adolescents suisses âgés de 14-15 ans. Les comparaisons entre les années 1994, 2002, 2006, 2010 et 2014 ont permis de constater que les valeurs des élèves de 14 à 15 ans indiquant avoir eu des rapports sexuels sont restées stables. En 2014, les élèves masculins de 14 ans étaient 10.9% contre 5,1% de jeunes filles à avoir eu leur premier rapport. Pour ceux de 15 ans, 18.4% d'hommes contre 14.2% de la gent féminine. Cette étude rejoint l'avis de Vitaro et Gagnon (2000), l'âge du début de la pratique sexuelle aurait tendance à diminuer. Quatre élèves sur cinq (81.9%) ont eu recours au préservatif ce qui veut dire qu'un élève sur cinq (18.1%) n'est pas protégé des risques de grossesse et des maladies

sexuellement transmissibles (Archimi et al., 2016, p. 3). Les buts des campagnes de prévention ne sont alors pas totalement atteints. L'Observatoire suisse de la santé (OBSAN, 2016) indique que 19.3% des étudiants en scolarité obligatoire ont des rapports sexuels non protégés. Ces chiffres sont comparables à l'étude mentionnée ci-dessus. Les valeurs augmenteraient en fonction du niveau de formation, ainsi, 20.8% des étudiants de secondaire et 25% des étudiants tertiaires n'utiliseraient pas de préservatif (OBSAN 2016).

Les principaux facteurs de risque émis dans le Rapport de recherche N°67 d'Archimi et Jordan (2014) ont révélé que les conduites sexuelles à risque étaient directement mises en lien avec les attitudes/normes et valeurs de l'enfant. Une fille évaluant son état de santé comme mauvais, voyant son statut pondéral de manière problématique et subissant une puberté précoce ou encore l'insatisfaction existentielle d'un garçon augmente la prédisposition aux rapports sexuels précoces et non protégés (facteur individuel). Au niveau familial, le fait de vivre dans une famille monoparentale ou recomposée et de percevoir une éducation parentale faible augmentait les risques chez les deux sexes. Un manque de communication (peine à se confier) chez les filles et un parent ou les deux sans emploi chez les garçons également. L'analyse des relations avec les proches a permis de constater que les personnes sortant au moins un soir par semaine auraient un risque augmenté. En ce qui concerne la scolarité, des mauvais résultats scolaires, le stress lié aux travaux, les redoublements chez les deux genres avaient un lien significatif dans la prise de risque sexuel mais n'influençaient pas la variable du port du préservatif. Les difficultés d'intégration avaient tendance à diminuer l'utilisation de ceux-ci. Les facteurs de protection émis dans ce rapport étaient la timidité des élèves ainsi que les personnes ayant des difficultés à se confier à leur meilleur/e ami/e ou encore à un partenaire du même sexe démontraient une diminution de la probabilité d'avoir eu des relations sexuelles. Cependant, la timidité sera un facteur augmentant le risque de ne pas utiliser le préservatif (p.28-31).

5.3.3 L'égoцентризм à l'adolescence

Dans leurs ouvrages, Bee et Boyd (2011) font appel à plusieurs auteurs pour expliquer l'égoцентризм. Pour David Elkind, l'adolescence est une période propice à la centration sur soi. Ainsi, seul le point de vue de l'adolescent est pris en compte. C'est la théorie de la fable personnelle, le jeune perçoit ses expériences et ses sentiments comme uniques. Il croit que personne n'a jamais ressenti ce qu'il ressent. Un autre aspect est la perception d'avoir un public imaginaire. L'adolescent centre toutes les interactions de son environnement par rapport à lui ce qui explique les scénarios développés à son sujet ou à la sensation qu'on parle de lui dans son dos. Il pense être le centre d'intérêt de tous (p. 258-259).

Klaczynski développe un autre phénomène, le sentiment d'invulnérabilité. Le jeune va chercher un contact avec le danger pensant que les conséquences de ses actes n'auront aucune répercussion (Bee & Boyd, 2011, p. 258-259). Un des exemples qu'il mentionne est : « les adolescentes peuvent penser qu'elles n'ont pas à se protéger lors d'une relation sexuelle parce qu'elles ne peuvent tomber enceinte ou contracter une infection sexuellement transmissible comme le sida » (Bee & Boyd, 2011, p. 258-259).

Pour finir, Bee et Boyd (2011) citent que plusieurs auteurs tels que Arnett, Dolcini et Lightfoot attribuent les comportements sexuels à risque comme étant associés à la fable personnelle (p.258-259).

5.3.4 La théorie sociale cognitive d'Albert Bandura

La théorie de l'apprentissage par observation (modelage) essaie d'expliquer les processus cognitifs permettant l'acquisition et le maintien des comportements. Bee et Boyd (2011) reprennent dans leur ouvrage cette théorie afin de définir les quatre principes qui en découlent. Le premier est l'attention sélective. L'individu ne se contente pas d'apprendre par imitation tous les comportements. Il sélectionne les personnes auxquelles il aimerait ressembler et les prend comme modèles. Le deuxième est la capacité de mémorisation. Le comportement de la personne est observé afin d'en ressortir les bénéfices ou les effets négatifs qui y sont associés. Selon l'observation, le comportement va être reproduit ou non. Finalement, l'expérience du comportement va produire ou non des motivations à être effectuer une seconde fois (p.28).

Bandura mentionne également l'apprentissage abstrait qui consiste à acquérir des compétences et des valeurs à travers l'observation des comportements. L'enfant va observer ses proches et va élaborer une règle de conduite. Par exemple, si ses parents passent énormément de temps à se balader en forêt, l'enfant va apprendre qu'il est important de s'accorder des moments afin de se ressourcer (Bee & Boyd, 2011, p. 28).

Un dernier aspect qu'il a théorisé est le sentiment d'efficacité personnelle ou auto-efficacité. Tout individu constitue des objectifs selon l'évaluation de ses propres compétences, en ce qu'il se croit capable d'accomplir ou non. Ainsi, un individu ayant une haute auto-efficacité se définira comme plus enclin à gérer des situations qu'il juge réalisables (Bee & Boyd, 2011).

6. Méthode

6.1 Devis de recherche

Le but principal de cette revue de la littérature est d'explorer les comportements sexuels à risques chez les adolescents afin de pouvoir améliorer l'éducation sexuelle en milieu scolaire. Pour ce faire, six études ont été analysées dont deux de type qualitatifs et quatre de type quantitatifs. Quatre des recherches sont disciplinaires. Selon Fortin et Gagnon (2016), deux paradigmes ; le positiviste et l'interprétatif s'inscrivent dans la recherche infirmière.

Le paradigme positiviste part du postulat qu'une réalité objective existe. Il utilise un raisonnement déductif pour formuler des hypothèses dans le but de prédire et de contrôler des phénomènes. Dans cette étude, l'intérêt d'avoir utilisé des recherches quantitatives s'inscrivant dans ce paradigme est de pouvoir obtenir des données chiffrées permettant une vision d'ensemble de l'impact des interventions, des comportements à risque ou autres valeurs.

Le paradigme interprétatif à l'inverse, suppose que la réalité soit subjective. Ainsi, les chercheurs explorent des phénomènes afin d'en émettre une interprétation. Pour ce faire, ils utilisent le raisonnement inductif, c'est dire qu'il part de l'individu pour aller à l'ensemble de ceux-ci. Les études qualitatives ressortant de ce paradigme permettent de comprendre au mieux les expériences et les émotions ressenties par la population de ce travail (p. 28-29).

6.2 Collecte des données

De la mi-octobre à la fin du mois de février, les articles ont été recherchés dans quatre bases de données. Deux bases de données CINAHL et PUBMED dont l'accès a été donné par la HES-SO Valais et une SUMMON, accédée par l'Université de Moncton au New-Brunswick. Les mots-clés en français associés à l'opérateur booléen ET utilisé pour cibler les recherches étaient : « prévention sexuelle », « adolescent », « comportement sexuel ». Les mots-clés en français visant à éliminer les recherches n'étant pas directement liés à ce travail de Bachelor étaient : « drogues », « homosexualité », « violence ». Ils ont été combinés avec l'opérateur booléen SAUF. Tous les termes ont été traduits à l'aide de Google traduction avant d'être inscrits dans le moteur de recherche : « sexual prevention », « teenager », « sexual behavior », « drug », « homosexuality » et « violence ». Ci-dessous, des tableaux représentatifs de chaque base de données consultée.

Base de données SUMMON

Dans l'onglet « précisez votre recherche », la case « articles scientifiques y compris ceux évalués par les paires » a été sélectionnée. Ainsi que l'onglet, « 5 dernières années » sous date de publication et « discipline infirmière » sous choix de la discipline. Cette sélection a permis de trouver des recherches disciplinaires datant de moins de cinq ans.

Mots-clés en anglais et opérateurs booléens	Nombre d'études trouvées	Nombres d'études sélectionnées	Nombre d'études retenues
Sexual prevention AND teenager AND sexual behavior	409	18	6
Sexual prevention AND teenager AND sexual behavior Sauf drug OUT homosexuality OUT violence	93	0	0

Base de données CINAHL

Les onglets sectionnés étaient : texte intégral et date de publication de 2012 à 2017.

Mots-clés en anglais et opérateurs booléens	Nombre études trouvées	Nombres d'études sélectionnées	Nombre d'études retenues
Sexual prevention AND sexual behavior	66	5	0

Base de données PubMed

Les onglets Free full text et 5 years ont été sectionnés pour cibler la recherche.

Mots-clés en anglais et opérateurs booléens	Nombre études trouvées	Nombres d'études sélectionnées	Nombre d'études retenues
Sexual prevention AND sexual behavior AND teenagers	102	15	3

Ces équations de recherche ont permis de sélectionner 38 études. Les 6 études retenues ont été déterminées après la lecture des abstracts de chaque étude sélectionnée traduits au préalable avec Google, traduction en fonction de deux critères : la pertinence de l'étude par rapport à la question de recherche et l'année de publication inférieure à 5 ans. Deux études non disciplinaires ont été retenues au vu de leur concordance avec le thème de la prévention sexuelle. Afin de faciliter la quête, le thésaurus du moteur de recherche a été utilisé avec tous les termes inscrits. Trois articles retenus ont été trouvés simultanément sur la base de données Pubmed et sur Summon. Cela justifie que le nombre d'études retenues dans le tableau ci-dessus soit de 9 et non de 6.

6.3 Sélection des données

Avant de commencer la recherche, l'élaboration de critères précis a permis de cibler les recherches. Dans le but d'obtenir les données les plus pertinentes et récentes sur le sujet :

Critères d'inclusions :

- Des recherches publiées au cours des cinq dernières années (2012 à 2017)
- Des recherches provenant de la discipline infirmière
- Des études de source primaire en lien avec la prévention sexuelle en milieu scolaire et les comportements à risque
- Les études pouvaient provenir de toutes régions confondues
- L'échantillon de l'étude devait contenir des adolescents âgés entre 12 et 25 ans.

Critères d'exclusions :

- Les études n'étant pas rédigées en français ou en anglais.
- Les études concernant principalement des recherches sur les sujets de la violence, de l'abus de drogue, des personnes non hétérosexuelles ou non cisgenres.

6.4 Considérations éthiques

Toutes les études ont été approuvées par un comité d'éthique excepté celle de Harkabus, Harman et Puntenney (2013) dans laquelle aucune considération éthique n'a été mentionnée.

Le consentement éclairé a été obtenu dans quatre des études et deux d'entre elles ont également recueilli celui des parents, lorsque les adolescents étaient mineurs. Les études de Borawski et al. (2015) et celle de Harkabus et al. (2013) ne mentionnent pas d'utilisation de consentement éclairé. Cependant Borawski et al. (2015) cite qu'aucun problème éthique n'a été relevé.

L'étude de Borawski et al. (2015) et celle de Hsu, Yu, Lou, & Eng (2015) ont respecté le droit de retrait des participants à tout moment de l'étude. Toutes les études ont garanti l'anonymat des données sauf deux d'entre elles, celles de Magowe, Seloilwe, Dithole et St Lawrence (2017) et Harkabus et al. (2013).

Au final, les études de Goldsberry, Moore, Macmillan et Butler (2016) et Borawski et al. (2015) ont déclaré n'avoir été sous l'influence d'aucun conflit d'intérêts.

6.5 Analyse des données

Les études retenues ont été lues plusieurs fois activement et les propos pertinents ont été surlignés. Les six articles ont été traduits en totalité à l'aide de Google Traduction. Ils ont d'abord fait l'objet d'une lecture en anglais puis les incompréhensions ont pu être comblées par la lecture de leurs traductions. Un tableau de recension a été complété pour chaque recherche dans le but d'obtenir une meilleure visualisation de leur contenu. Puis, ils ont été analysés de manière descriptive et méthodologique afin de démontrer leur pertinence clinique et leur utilité pour la pratique.

Le tableau suivant contient les six études retenues, inscrites par ordre de présentation dans la partie résultat de ce Travail de Bachelor. La pyramide nommée «Grade des recommandations» de la Haute autorité de santé (HAS, 2013) ci-dessous a permis d'indiquer les niveaux de preuves de chaque étude.

Tableau 2. Grade des recommandations

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
A Preuve scientifique établie	Niveau 1 - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
B Présomption scientifique	Niveau 2 - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
C Faible niveau de preuve scientifique	Niveau 3 - études cas-témoins. Niveau 4 - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

Auteurs principaux	Titre de l'article	Années	Base de données	Niveau de preuve
Elaine A.Borawski, Kimberly Adams Tufts, Erika S.Trapl, Laura L.Hayman, Laura D.Yoder & Loren D.Lovegreen	Effectiveness of Health Education Teachers and School Nurses Teaching Sexually Transmitted Infections/Human Immunodeficiency Virus Prevention Knowledge and Skills in High School	2015	PubMed	II
Jennifer Goldsberry, Leslie Moore, Deborah MacMillan & Scott Butler	Assessing the effects of a sexually transmitted disease educational intervention on fraternity and sorority members' knowledge and attitudes toward safe sex behaviors	2016	Summon	III
Rebeca Aranha Arrais Santos AlmeidaI, Rita da Graça Carvalhal Frazão Corrêal, Isaura Letícia Tavares Palmeira RolimI, Jessica Marques da Horall, Andrea Gomes LinardIII, Nair Portela Silva Coutinhol & Priscila da Silva Oliveirall	Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy	2017	Summon	III
Mabel K.M. Magowe, Esther Seloilwe, Kefalotse Dithole & Janet St. Lawrence	Perceptions of key participants about Botswana adolescents' risks of unplanned pregnancy, sexually transmitted diseases, and HIV: Qualitative findings	2017	Summon	III
Hsiu-Yueh HSU, Hsing-Yi YU, Jiunn-Horng LOU & Cheng-Joo ENG	Relationships among sexual self-concept and sexual risk cognition toward sexual self-efficacy in adolescents: Cause-and-effect model testing	2015	Summon	III
Lindsey C. Harkabus, Jennifer J. Harman & Jamie M. Puntenney	Condom Accessibility: The Moderating Effects of Alcohol Use and Erotophobia in the Information–Motivation–Behavioral Skills Model	2013	Summon	III

7. Résultats

7.1 Etude 1

A.Borawski, E., Adams Tufts, K., S.Trapl, E., L.Hayman, L., D.Yoder, L., & D.Lovegreen, L. (2015). Effectiveness of Health Education Teachers and School Nurses Teaching Sexually Transmitted Infections/Human Immunodeficiency Virus Prevention Knowledge and Skills in High School

7.1.1 Analyse descriptive

Cette étude de groupe d'intervention randomisée est de type quantitatif. Son objectif principal est de comparer l'efficacité d'un programme de prévention sexuelle nommé « Be Proud, Be Responsible (BPBR) » donné en fonction du type d'animateur. Le programme d'éducation BPBR avait déjà prouvé son efficacité dans une étude randomisée de cas contrôle ultérieure face au programme « GetConnected ». Cette étude a été réalisée dans l'Ohio aux USA.

Pour ce faire, un échantillonnage aléatoire simple a été entrepris. Dix écoles participantes à l'étude précédente ont permis de désigner 1576 étudiants âgés de 12-14 ans inscrits à des cours obligatoires de 1^{ère} et 2^{ème} années du cycle devant participer au cours d'éducation sexuelle. Le droit de refus des élèves a été respecté. Les enfants dont les parents ne souhaitaient pas qu'ils participent au cours ont reçu une dispense. L'étude a été approuvée par le Conseil de révision institutionnelle de l'université Case Western Réserve. Aucun problème éthique n'a été relevé. Les jeunes qui n'étaient plus atteignables (expulsion, transfert) ont été retirés de l'échantillon. L'échantillonnage final était constitué de 1357 étudiants. L'étude précédente avait divisé les 10 écoles en 5 paires d'école regroupant les mêmes caractéristiques (localisation, statut économique de la communauté, composition raciale du corps étudiant). Au sein de ses paires, les élèves ont été répartis en utilisant une randomisation à double insu afin de recevoir le programme BPBR ou non. Ceux ne recevant pas l'intervention étaient le groupe contrôle. Vingt-sept intervenants étaient prestataires du cours. Afin de pouvoir comparer leur efficacité, les 6 infirmières scolaires et les 21 enseignants ont chacun été assignés à une classe de manière aléatoire. Le taux de prestation dispensé par les infirmières en santé scolaire était de 25%.

Le programme BPBR consiste en 6 modules de 50 minutes comprenant des discussions de groupe, des jeux de rôle, des jeux interactifs et des supports vidéo. Les intervenants ont été formés pendant deux jours (12h au total) afin d'administrer le cours selon les instructions. Afin d'éviter des biais de prestations, ceux-ci devaient évaluer leurs interventions après chaque prestation sous plusieurs aspects : Maîtrise du matériel, relation

avec les élèves, fidélité au programme, pourcentage d'activités effectué. Les animateurs ont été suivis une fois au cours des 6 modules. De cette manière, la fidélité au programme et les maîtrises de celui-ci pouvaient être évaluées.

Les données ont été recueillies sous forme de questionnaire rempli par les étudiants eux-mêmes à 4 moments : avant l'intervention (100% de remplissage), directement après celle-ci (99% de remplissage) puis 4 (97% de remplissage) et 12 (92 % de remplissage) mois après. Le taux de remplissage était le même pour les groupes d'intervention et de contrôle.

Les principaux résultats :

- Augmentation significative des connaissances par rapport au groupe contrôle, de la maîtrise de la technique du port du préservatif, du contrôle des impulsions post-test peu importe l'intervenant ($p < .05$).
- Les élèves ayant eu une infirmière scolaire pour la prévention ont démontré des augmentations significatives dans leur croyance de l'importance de mettre le préservatif et de son utilisation et ainsi qu'une meilleure gestion de leurs impulsions sur le court terme et le long terme (+12 mois) ($p < .05$).
- Le personnel enseignant a obtenu de meilleurs scores significatifs que les infirmières dans la manière d'administrer le cours si ceux-ci étaient à l'aise avec le matériel de présentation ($p < .006$) et remettaient en question la façon de penser des élèves vis-à-vis de leur santé ($p < .02$). Les étudiants ont également déclaré qu'ils trouvaient le personnel enseignant plus ordonné ($p < .08$) et qu'ils les prenaient plus au sérieux ($p < .07$). Cependant ces dernières valeurs n'ont pas démontré de significativité.
- Finalement, les infirmières scolaires possèdent de meilleures compétences dans la prévention visant à réduire les comportements sexuels à risque sur le long terme. Les enseignants ont obtenu des changements immédiatement post-intervention mais qui n'étaient pas maintenus sur le long terme.

7.1.2 Analyse de la validité méthodologique

Les données ont été analysées par des statistiques bivariées (relation entre elles). Les variables quantitatives continues ont été analysées par le test T (comparaison des moyennes). Les variables qualitatives catégorielles ont été comparées avec le test de Fisher (comparaison de pourcentage). Pour chaque donnée, des plus-values démontrant la significativité ou non des données ont été générées.

Les données ont été réparties dans 4 tableaux. Le 1^{er} démontre les caractéristiques démographiques sous forme de moyenne des intervenants tels que leur âge, sexe, leur appartenance ethnique, leur niveau de formation et leurs années dans le système scolaire. Le second tableau reporte les données de l'auto-évaluation des intervenants. Les quatre items mesurés ont été mentionnés en amont. Ils sont mesurés par une échelle de type Likert à 10 points. La validité de l'échelle n'est pas mentionnée. Le 3^{ème} tableau est en lien avec le deuxième. Il rapporte les ressentis des élèves post-test compte tenu de l'intervention administrée. Il contient sept questions qui sont répondues par une échelle de type Likert à 5 points. La validité de l'outil n'est pas donnée. Le dernier tableau reporte les effets de l'intervention compte tenu de cinq éléments : les connaissances, les intentions, l'efficacité dans la gestion des impulsions, la croyance à l'utilité du préservatif, la croyance de l'utilité du préservatif qu'ont les proches. Dans le but de comparer les moyennes facilement, le modèle linéaire a été utilisé. Les résultats ont été stratifiés par échantillon (groupe contrôle vs groupe ayant reçu le programme), par type d'intervenants (infirmière vs enseignant) et par moments d'intervention (post-test, 4 et 12 mois après). Chaque élément possède sa propre échelle d'évaluation de type Likert. La cohérence interne des éléments mesurés a été démontrée par coefficient alpha de Cronbach se situant dans la norme (0.70 et 0.90) ce qui signifie que l'outil mesure ce qu'il doit mesurer. Les limites de cette étude sont :

- Seulement 25 % des classes ont été assignées au personnel infirmier (temps limité du personnel), ce qui a réduit la taille de l'échantillon.
- Validité externe : l'étude était limitée à un cadre géographique. La formation et les tâches des infirmières scolaires pouvant être propres à ce lieu.
- Validité interne : la taille de l'échantillon trop grand des enseignants ne permettait pas de reconnaître leur compétence individuelle selon leurs formations (mathématique, science, français) ce qui a pu influencer les résultats.

Une autre limite non mentionnée par l'étude pourrait être que la taille de l'échantillon n'a pas été estimée et calculée au préalable. On ne sait alors pas si celui-ci est représentatif ou non de la population étudiée. La recherche ne permet donc pas la généralisation de ces résultats. Les conditions d'éducation sexuelle peuvent être différentes en d'autres milieux. Cependant, les élèves ont été attribués par randomisation à double insu et leurs taux de réponses ont été similaires. Les résultats trouvés sont alors représentatifs de leur perception compte tenu de l'intervention.

7.1.3 Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique

Au final, les résultats de cette étude suggèrent que même si les enseignants en éducation à la santé en classe peuvent être doués pour transmettre des connaissances, ils peuvent être moins efficaces avec une instruction impliquant des compétences visant à réduire les comportements sexuels à risque que les infirmières en santé scolaire. Ces résultats étaient similaires avec ceux de Akpabio, Asuzu, Fajemilehin et Ofi (2009) mentionnant que les infirmières en santé scolaire étaient spécifiquement formées dans leur cursus de formation à devenir communicatrice d'un large éventail de sujets sensibles (p.118-123). Gordon et Barry (2009) rajoutaient que celles-ci favorisaient et augmentaient l'auto-efficacité des étudiants et donc étroitement leur gestion des comportements à risque (p.352-360). Dans cette étude, l'école était un lieu de prédilection pour les interventions de prévention sexuelle administrée par les infirmières.

En Valais, ce sont les experts en santé sexuelle qui donnent les interventions de prévention en milieu scolaire (modèle externe). Malheureusement selon Jacot-Descombes (2008), ce système comporte deux points faibles, le premier est d'ordre financier et le second est la fréquence des interventions préventives qui ont lieu chaque deux ans. Les prestations d'experts de la santé sexuelle sont chères. Elles ne peuvent alors pas être augmentées ce qui contribue à la discontinuité du suivi des élèves. Une solution apportée serait d'utiliser ces experts en santé sexuelle pour former les enseignants afin qu'ils puissent aborder les thématiques de sexualité et orienter les élèves vers des centres tels que les planning familiaux où des infirmières compétentes pourront offrir un suivi au demandeur. Un partenariat entre spécialistes, enseignants et infirmières permettra d'offrir un soutien et une prestation de qualité compte tenu des besoins des adolescents (p.5). Cette approche rejoint les solutions apportées par l'étude qui mentionne l'importance de convier à un partenariat en raison du nombre croissant d'élèves et des contraintes budgétaires imposées.

7.2 Etude 2

Goldsberry, J., Moore, L., MacMillan, D., & Butler, S. (2016). Assessing the effects of a sexually transmitted disease educational intervention on fraternity and sorority members' knowledge and attitudes toward safe sex behaviors

7.2.1 Analyse descriptive

Cette étude quantitative, descriptive et corrélationnelle, réalisée en Géorgie aux USA, a pour but de mesurer l'efficacité d'une intervention éducative de prévention des IST fondée sur des données probantes, administrée par le chercheur qui est un infirmier de famille. Elle teste les connaissances et les attitudes des membres d'une fraternité universitaire du Sud-Est des USA âgés entre 18-24 ans compte tenu des comportements sexuels à risque.

Quatre questions de recherche ont été formulées : (H1) Comment l'intervention a-t-elle affecté les connaissances sur les IST ? (H2) L'intervention influence-t-elle les attitudes des membres de la fraternité envers l'adoption de comportements sexuels sains ? (H3) Existe-t-il un lien entre les données démographiques sexuelles et les connaissances acquises post et pré intervention ? (H4) Y a-t-il une relation entre les données démographiques sexuelles et les attitudes envers une pratique sexuelle sans risque avant et après l'intervention ?

Au moment de l'étude, 5500 élèves faisaient partie de l'université. Pour estimer le taux d'étudiants membres de la fraternité, les chercheurs ont utilisé l'outil d'évaluation du American College Health Association National college Health Assessement II. Vingt pour cent des étudiants ont été estimés comme membre d'une sonorité, soit 410 élèves. Une analyse de puissance a priori a été utilisée pour obtenir une petite taille d'effet de l'échantillon de 0.10 de corrélation de Pearson et devait inclure 150 cas. Au total, 130 élèves ont rempli les questionnaires de pré-intervention, 262 participants sont venus aux séances et 132 étudiants ont terminé l'étude. Les étudiants ont été interpellés en janvier 2015 lors d'une réunion entre les dirigeants régionaux et les membres des fraternités qui avaient pour mission de communiquer l'information à leurs proches. Ceux désirant participer à l'étude ont pris contact avec le chercheur, c'est ce qu'on appelle l'échantillonnage par réseau. L'intervention était une séance éducative de 30 minutes. Des questionnaires pré test ont été remplis puis ceux post intervention (1 semaine après) ont été envoyés par mail une semaine plus tard aux élèves. Les documents d'identification ont été gardés sous clé dans le bureau du chercheur et les autres formulaires remplis de manière anonyme. Le consentement éclairé a été obtenu chez tous les participants avant le début de l'étude. Cette étude a reçu les consentements et l'approbation du Conseil institutionnel de Georgia College et State University. Il n'y avait pas de critères d'exclusion et les critères d'inclusion étaient : être membre d'une fraternité ; être capable de comprendre et de parler anglais ; ne pas avoir de troubles visuels ou de difficultés de lecture qui pourraient demander de l'assistance pour remplir les documents.

Résultats :

- H1 a été soutenue : une augmentation significative a été trouvée entre les connaissances des IST pré et post test ($p < .000$).
- H2 n'a pas été soutenue : aucun changement significatif trouvé ($p < .948$).
- H3 a été partiellement soutenue : une relation négative significative ($p < .05$) entre la consommation d'alcool et les connaissances pré test a été trouvée. Les personnes consommant de l'alcool possédaient moins de connaissances. Aucun autre lien n'a

démontré de valeur significative démographique de base et sexuelle comprise ($p > .05$).

- H4 a été partiellement soutenue : des relations positives significatives ont été trouvées. Les personnes ayant plus de rapports oraux et vaginaux avaient déjà acquis des comportements sains avant l'intervention ($p < .05$). Les personnes ayant un nombre élevé de partenaires ($p < .05$), des tendances à la consommation de drogues et d'alcools ($p < .001$) avaient tendance à avoir des comportements sexuels risqués.

Une différence significative a été trouvée par le test « t » d'échantillon indépendant entre les hommes et les femmes. Les hommes étaient plus sujets à adopter des comportements à risque avant l'intervention ($p < .000$). Il n'y avait pas de différence significative post-intervention. Des relations négatives significatives ont été émises. Entre les connaissances et les attitudes pré-test, un faible taux de connaissance augmentait les comportements sexuels à risque ($p < .004$). À l'inverse, plus les connaissances augmentaient, plus les comportements sexuels risqués diminuaient ($p < .000$). Un autre lien entre les attitudes pré-test et les connaissances post-test indiquait que si les attitudes étaient favorables aux comportements sexuels sans risque avant l'intervention des MST, les participants étaient plus susceptibles d'acquérir de nouvelles connaissances à partir de la séance d'éducation ($p .033$).

7.2.2 Analyse de la validité méthodologique

Les connaissances pré et post-intervention des IST ont été évaluées à l'aide du questionnaire STD Knowledge Questionnaire (STD-KQ) de Jaworski (2007) qui comprend 27 items. Il questionnait les adolescents compte tenu de six IST courantes. Une réponse juste engendrait 1 point, une réponse fausse 0. Un score élevé (max 27) signifiait un haut niveau de connaissance. Les comportements visant une sexualité saine ont été mesurés pré et post test à l'aide de l'STD Attitude Scale de Yaber (1988) comprenant également 27 items et 3 thèmes principaux : les croyances, les sentiments et les intentions d'agir compte tenu des IST. L'étudiant répondait sur un format de type Likert à 5 points. Le score maximal était 135 et le minimal 27. Un chiffre élevé démontrait des comportements sexuels à risque. Les données démographiques de base (âge, sexe) et celles liées à la sexualité (orientation, nombre de partenaires) ont été recueillies avant les interventions par un formulaire créé par le chercheur.

Les chercheurs ont créé quatre tableaux. Le 1er fournit les données démographiques de base des élèves sous forme de pourcentage. Le second renseigne sur les données démographiques sexuelles qui sont illustrées par leur moyenne et leur écart type en

fonction de leur rang. Le 3^{ème} tableau présente les résultats de comparaison des scores pré et post intervention vis-à-vis de l'échelle STD-KQ et STD Attitude. Les données sont inscrites sous forme de moyenne compte tenu de leur écart type et de leur plus-value. Le dernier tableau utilise l'analyse par rang de Sperman afin de déterminer des corrélations entre les variables (ex : nombre de boissons alcoolisées), les attitudes et les connaissances pré et post intervention. Lorsque les corrélations étaient significatives, le test de Pearson a été entrepris pour confirmer la corrélation. La plus-value permettait quant à elle de démontrer la significativité ou non des résultats. Le test « t » pour des échantillons indépendants a été utilisé pour comparer les moyennes des personnes ayant terminé l'étude et ceux qui ne l'avaient pas conclue afin d'éviter un biais d'attribution. Aucune différence significative n'a été trouvée dans les attitudes. Une différence significative a été trouvée dans les scores de pré-connaissance. Ainsi les personnes ayant terminé l'étude possédaient plus de connaissances.

Pour pouvoir confirmer la représentabilité de l'échantillon compte tenu de la population, une table de tabulation croisée nommée ACHA-NCHA, créée en 2013 a été utilisée. Elle a permis d'engendrer les données du tableau 2 compte tenu de l'orientation sexuelle et des diagnostics précédents. Un test du Chi2 a été tenté pour déterminer la corrélation entre l'orientation sexuelle et pour explorer un possible lien entre le diagnostic précédent de MST, compte tenu des connaissances et des attitudes avant et après l'intervention. Cette analyse n'a mené à rien, l'orientation sexuelle étant de 100% d'hétérosexuels et aucune personne n'ayant déclaré avoir eu d'IST. Il n'y avait alors pas d'élément de comparaison.

Les forces de l'étude sont : la validité des instruments de mesure a été démontrée par l'utilisation de l'alpha de Cornbach qui s'est révélé de 0.88 et 0.84 pour l'outil STD-KQ et de 0.79 et 0.87 pour l'échelle STD attitude, valeurs testées pré et post intervention. Ainsi que l'utilisation du modèle TPB comme cadre théorique. Les limites de cette étude sont : 1) La possibilité que les élèves aient mal rapportés leurs histoires sexuelles ce qui pourrait constituer des biais de déclaration. 2) La plupart des IST ayant des symptômes non visibles, les personnes en ayant contracté n'en avaient peut-être pas connaissance. 3) Au total 132 personnes ont terminé l'étude. La taille de l'échantillon voulu (150) n'a pas pu être atteinte. L'échantillon n'est donc pas représentatif de la population étudiée. 4) L'étude a eu lieu au sein d'une même université. Les résultats ne sont peut-être pas généralisables à toute la population membre de fraternité. 5) L'étude est limitée aux personnes hétérosexuelles, l'ACHA-NCHA n'ayant pas révélé de participants homosexuels.

7.2.3 Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique

Au final, cette étude rejoint les travaux de recherche de Moore, Smith et Folsom (2012) ayant conclu à une augmentation significative des connaissances suite à une intervention éducative de 30 minutes (p.175-177). Cependant, elle rejoint également l'avis de Yarber, Torabi et Veenker (1988) mentionnant qu'une intervention éducative unique n'a pas d'impact significatif dans le changement d'attitude envers une sexualité saine (p.36-49). L'éducation sexuelle doit alors être administrée par des sessions multiples. En outre, cette étude a révélé que les participants consommant plus d'alcool possédaient moins de connaissances pré-intervention, sachant qu'un haut niveau de connaissance en IST est corrélé avec une pratique sexuelle saine (Garcia-Retamero & Cokely, 2015, p. 30-42). Ces résultats étaient similaires avec ceux de Hickey et Cleland (2013) dont la corrélation a été significativement établie entre la consommation d'alcool et l'augmentation des comportements à risque (p.377-384). Les résultats démontrant que les personnes ayant déjà des comportements sexuels sains étaient plus enclines à apprendre des interventions éducatives avaient également été rapportés par d'autres auteurs (Walcott, Chenneville, & Tarquini, 2011, p. 828–842) ainsi que les attitudes des hommes plus permissives compte tenu des relations sexuelles occasionnelles et des pratiques sexuelles risquées (Boudewyns & Paquin, 2001, p. 701–711). L'article se concluait en donnant des voies d'amélioration à la recherche. Il proposait d'explorer les autres facteurs influençant les attitudes des jeunes vis-à-vis de la sexualité et de confirmer la corrélation entre l'alcool et les connaissances des IST à travers d'autres études. Mais également de tester l'influence d'autres sortes de messages préventifs comme par exemple des formations en ligne et de comprendre le rôle des éducateurs en santé dans l'adoption de comportements sains. Pour finir, les perceptions des étudiants compte tenu de leur sexualité devraient être explorées et l'étude actuelle pourrait être élargie afin d'inclure des interventions multiples.

En Valais, les interventions sont administrées chaque deux ans au sein du cursus scolaire. Cependant, le cours est une intervention éducative unique. Selon les résultats de cette étude, il conviendrait de donner de multiples sessions. Cependant, cela aurait un impact considérable sur les coûts liés à la promotion de la santé, une augmentation des prestations n'est probablement pas envisageable. Une solution pourrait être d'amener les étudiants à effectuer un travail de réflexion noté sur les thématiques de la sexualité au sein d'une année scolaire. De cette manière, l'infirmière en santé scolaire serait référente de la gestion de ce travail et les élèves pourraient à travers ce contact, apprendre à identifier les sources de soutien proposées. Les fraternités existant peu dans le système Suisse, il conviendrait de comprendre les influences sociales propres au pays (jeudredi). Pour conclure, cet article

permet une fois de plus de démontrer l'importance des interventions éducatives dans les écoles valaisannes.

7.3 Etude 3

Aranha Arrais Santos Almeida, R., Da Graça Carvalho Frazão Corrêal, R., Tavares Palmeira Rolim, I.L., Marques da Hora, J., Gomes Linard, A., Portela Silva Coutinho, N., & Da Silva Oliveira, P. (2017). Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy

7.3.1 Analyse descriptive

C'est une étude qualitative, descriptive, transversale, dont le but est d'explorer les connaissances des adolescents en matière d'IST, de grossesse, du VIH et de comprendre le rôle de l'école dans l'éducation sexuelle. Pour ce faire, 22 adolescents âgés de 16 à 19 ans provenant du Collège Universitaire Fédéral Maranhão au Brésil ont été abordés par le chercheur lors d'un cours. Celui-ci leur a expliqué les objectifs et les conditions de participation à l'étude. Les parents des élèves souhaitant participer ont été contactés par le chercheur afin d'obtenir leurs consentements éclairés. Celui des mineurs a été recueilli après que l'autorisation parentale ait été donnée. Les élèves ont passé un entretien semi-directif comprenant les questions suivantes : Que comprenez-vous par sexualité ? À votre avis, quels sont les comportements à risque pour les ITS et la grossesse ? Qu'est-ce que les IST / SIDA, que signifient-ils pour vous ? Quelle est votre connaissance de la prévention de la grossesse et des ITS ? Quel est votre comportement en matière de prévention des IST et de la grossesse ? Quel est le rôle des écoles dans l'éducation sexuelle, à votre avis ? Ils ont également rempli un formulaire d'identification dans une salle spécialement réservée à cet effet au sein de leur université. L'autorisation d'utiliser un magnétophone a été accordée par les adolescents, dans le but de pouvoir conserver la fidélité des propos lors de leur retranscription. L'échantillon est de type intentionnel non probabiliste et a été composé jusqu'à atteindre la saturation des données. La collecte des données a eu lieu d'octobre à novembre 2016. L'anonymat a été conservé en numérotant les élèves par leur ordre de passage à l'entretien (S1-S22), la lettre S désignant le mot « étudiant ». L'étude est conforme aux lignes directrices de la Résolution CNS 466/12 et a été approuvée par le Comité d'Ethique de l'Hôpital Universitaire de l'Université Fédérale du Maranhão. Elle a été financée par la Fondation pour la recherche scientifique et le développement du Maranhão (FAPEMA).

Résultats :

La sexualité peut englober plusieurs aspects (genre, échange) mais est principalement définie comme un comportement sexuel visant la recherche du plaisir. Les moyens de prévention des IST et des grossesses indésirables ont été cités comme étant l'emploi du préservatif, de la contraception orale et de l'initiation tardive aux rapports sexuels. Un manque de connaissances sur les modes de transmission du VIH a été constaté. Les adolescents ont reconnu le milieu scolaire comme lieu de préférence pour aborder les thèmes liés à la sexualité, suivi de la famille. En conclusion, les actions préventives en milieu scolaire sont nécessaires compte tenu que le manque d'informations vulnérabilise les adolescents. L'environnement scolaire ayant été qualifié de favorable à l'acquisition de comportements sains. Il reste le lieu de prédilection pour l'administration de l'éducation sexuelle.

7.3.2 Analyse de la validité méthodologique

L'analyse a été menée en respectant les étapes de la préanalyse, de la catégorisation, de l'analyse des résultats et de l'interprétation. Pour ce faire, les entretiens ont été retranscrits et ont fait l'objet d'une lecture répétée. Les idées principales émergentes des déclarations des adolescents ont été organisées par catégorie et sous-catégorie compte tenu des objectifs. Pour finir, elles ont été analysées selon l'analyse du contenu de Bardin. Quatre thèmes en sont ressortis : 1) Signification de la sexualité et de l'éducation sexuelle du point de vue des élèves divisées en deux sous-thèmes nommés a) La sexualité en tant qu'option, acte et comportement b) L'importance de l'école dans l'éducation sexuelle 2) Compréhension des comportements sexuels à risque 3) Connaissance des IST / SIDA 4) Connaissance des moyens de prévention des MST / SIDA et de la grossesse.

Les limites de cette étude sont que l'étude a été réalisée uniquement vis-à-vis des élèves du collège et que certains d'entre eux ont pu avoir des difficultés à s'exprimer sur le sujet. Le collège où s'est produit l'étude se situait dans une zone privilégiée, il est donc difficile de transférer ses résultats à la population générale. L'échantillonnage étant de type intentionnel non probabiliste, les résultats trouvés ne s'appliquent qu'à la population étudiée. Les chercheurs ne mentionnent pas avoir fait de mise en commun dans l'analyse ou l'identification des thèmes. L'utilisation du débriefing et de la triangulation des chercheurs n'ayant pas été mentionnée, cela diminue la validité interne de l'étude. Le seul outil de collecte ayant été utilisé étant la retranscription des entretiens, il n'y avait également pas de triangulation de la collecte de données.

L'étude étant de nature descriptive, l'auteur a fourni une discussion riche en comparant les résultats de son étude à d'autres recherches. De cette manière, il a permis de faire ressortir les similitudes et les divergences vis-à-vis des données explorées. Les autres forces de

l'étude sont que les objectifs de recherche ont pu être correctement investigués grâce à l'entretien semi-directif, les déclarations ont été clairement retranscrites mot pour mot grâce à l'utilisation du magnétophone et la collecte des données a été effectuée jusqu'à la redondance des données.

7.3.3 Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique

In fine, cette étude a démontré que les parents transféraient la responsabilité de l'éducation sexuelle à l'école. Cependant, les adolescents reconnaissaient que la famille et l'école devraient se partager la responsabilité de l'éducation sexuelle. Les difficultés de communication outrageant la prévention, identifiées par l'étude et celle de Cunha et Silva (2003) étaient l'utilisation du langage métaphorique, la vulgarisation et les préjugés (p.395-418). Les adolescents ont présenté des difficultés à utiliser le préservatif, à reconnaître les symptômes des IST et ses modes de transmission. Des fausses croyances ou la pensée magique induisant une sensation de protection les a menés à penser que les infections ne pouvaient pas les atteindre. Ces mentions étaient en accord avec les travaux antérieurs de Dias, Saliva, Vieira, Pandeiro et Maia (2010, p. 456-461). Pour Oliveira, Bezerra, Rocha, Santos et Saraiva (2013) l'utilisation de méthodes préventives, ne dépendaient pas seulement des connaissances des adolescents en la matière mais également d'autres facteurs qui influençaient le comportement (p.7-13). Ainsi, les valeurs, la culture et le niveau social pouvaient créer des obstacles aux changements (Jardim, Campos, Mata, & Firmes, 2013). L'article concluait en disant que bien que l'éducation sexuelle soit déjà suffisamment abordée aujourd'hui, il reste un sujet difficile à aborder (tabous, manque de connaissances). Le rôle de l'infirmière est de guider les divers prestataires tels que l'école, les enseignants, les familles et les adolescents dans les questionnements relevant de la sexualité. Pour ces raisons, les stratégies doivent être constamment développées afin d'améliorer la prise en charge et de protéger la population de la vulnérabilité.

En Valais, les centres de consultations sont déjà existants et le modèle externe d'éducation sexuelle établi. Ces nouveaux résultats nous permettent de constater que le modèle éducationnel Valaisan est déjà de forte qualité. Il serait intéressant de voir dans quelle mesure il pourrait être transféré à d'autres types de population, comme dans le cas de cette étude au Brésil. Les structures et les moyens financiers ne sont pas les mêmes. La prévention sexuelle relevant d'un problème sanitaire au niveau mondial, le but optimal serait de répandre les prestations et les services à tous types de population compte tenu de ses besoins afin de prévenir leur vulnérabilité. Les difficultés et les lacunes observées dans cette étude permettent également à l'infirmière d'obtenir des outils pour améliorer sa prise en charge. Les élèves étaient demandeurs de plus d'intérêts parentaux dans les

thématiques de sexualité. Une discussion triadique entre les élèves, les parents et les professionnels pourrait être à l'avenir envisagée dans les cours d'éducation sexuelle.

7.4 Etude 4

Magowe, M.K.M., Seloilwe, E., Dithole, K., & ST.Lawrence, J. (2017). Perceptions of key participants about Botswana adolescents' risks of unplanned pregnancy, sexually transmitted diseases, and HIV: Qualitative findings

7.4.1 Analyse descriptive

C'est une étude transversale de type ethnographique, réalisée à Gaborone au Botswana. Son objectif est de visualiser les problèmes de sexualité des adolescents de la région à travers les visions de personne-clé dans leur quotidien (enseignant, parent). La finalité étant de développer un programme de prévention ciblé sur leurs besoins. Ce projet de recherche a été mené conjointement entre l'Université de l'Etat du Mississippi aux USA et l'Université du Botswana. Les 3 questions de recherche englobaient les problèmes et les comportements exposant les adolescents âgés de 14 à 19 ans au VIH, IST et à la grossesse non désirée. H1 Quelles sont les expériences contextuelles et les problèmes communs rencontrés par les adolescents les menant à avoir des rapports sexuels non protégés ? H2 Quels sont les risques liés à la prise d'alcool, de substances et à la fréquentation de lieux risqués ? H3 Quelles sont les suggestions d'amélioration dans le programme d'intervention sexuelle fourni à ces jeunes ? Pour y répondre, 20 participants clés ont été sélectionnés par choix raisonné et ont été contactés individuellement pour l'acceptation de la participation à l'étude. En cas d'accord, ils étaient invités à passer des entretiens semi-directifs en anglais dont la durée était d'une heure, directement au sein de leur bureau. Avant la réalisation de l'étude, le consentement éclairé et les objectifs ont été clairement expliqués. Afin de garantir la fidélité des données dans leur retranscription, l'autorisation d'enregistrer les entrevues a été demandée. La collecte des données a été réalisée entre décembre 2011 et janvier 2012. L'étude a été approuvée par les comités éthiques des deux universités participantes. Aucun conflit d'intérêts n'a été déclaré.

Résultats :

Les pratiques sexuelles dangereuses trouvées sont : le début des rapports sexuels précoces (15 ans) influencé par l'envie de démontrer de la virilité et la pression par les proches ; les partenaires simultanés, multiples et plus âgés. La consommation d'alcool, de drogues, la délinquance, la fréquentation de lieux risqués (bars, boîtes) augmentaient les comportements à risque et le non-port du préservatif. L'utilisation du préservatif n'a pas pu être clairement objectivée mais a été jugée de peu probable. Les conséquences des

rapports non protégés étaient diverses, partant du décès lié aux IST par manque de soins ou encore au décrochage scolaire à la suite d'une grossesse. Les parents n'incombaient pas aux tâches de prévention, les déléguant au corps enseignant qui refusait d'en prendre la responsabilité et jugeait ne pas avoir le temps ou l'opportunité d'en parler au sein des cours. Les suggestions proposées pour réduire les risques étaient que l'offre de formation sur la prévention sexuelle soit intensifiée auprès des enseignants et des parents dans le but d'augmenter les compétences visant l'adoption de comportements sains. Le corps enseignant, les adolescents et les parents devraient être impliqués à part égale dans la discussion de ce sujet et l'école restait un lieu de prévalence pour en parler.

7.4.2 Analyse de la validité méthodologique

Afin de structurer les données, une analyse de contenu de manière inductive a été réalisée. De cette manière cinq thèmes principaux et 12 sous-thèmes ont été créés. Chaque section a été soutenue par des extraits de données. Les catégories ressorties portaient sur les problèmes de sexualité communs perçus chez les adolescents. Sur les situations les exposant au VIH, aux ITS et aux risques de grossesse. Mais encore, les conséquences des rapports sexuels non protégés. Pour finir, des suggestions pour réduire les risques d'infection au VIH, aux IST et de grossesse chez les adolescents ont été proposées et les attitudes envers une éducation sexuelle à l'école ont été définies. Les auteurs ont assuré la validité interne de l'article en utilisant la triangulation de la collecte de données à travers des prises de notes et l'enregistrement des entretiens. Afin de garantir l'objectivité de leur travail, ils ont utilisé la triangulation des chercheurs pour analyser les données et la validation par les proches. C'est-à-dire que des chercheurs n'ayant pas participé à l'écoute des bandes audio et à la création des thèmes ont validé leur travail. Dans le but d'optimiser la transférabilité des résultats, les déclarations ont été analysées une seconde fois par des co-chercheurs qui ont paraphrasé et reformulé les propos afin d'en assurer la clarté. Pour finir, la fiabilité a été garantie par l'utilisation de la triangulation des chercheurs dans la transcription de l'analyse. À la fin de l'article, les tâches effectuées par chaque auteur ont été clairement définies.

Les limites de cet article n'ont pas été mentionnées par les chercheurs eux-mêmes. Les causes de l'arrêt d'échantillonnage dans ce projet n'ont pas été expliquées. La force principale de cette étude est la comparaison des données trouvées vis-à-vis d'autres auteurs, faite dans la partie discussion de l'article.

7.4.3 Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique

L'analyse des perceptions des personnes-clés a permis d'identifier et de mieux comprendre le manque de communication entre les adolescents, les parents et le corps enseignant. Les

lacunes ont pu être clairement identifiées et des suggestions de remédiation ont été trouvées. Elles consistent à unifier ces individus dans la communication vis-à-vis de la sexualité. Pour ce faire, des formations seront proposées aux parents et aux enseignants afin d'améliorer leurs compétences de prévention. Un jour de rencontre accessible compte tenu des tâches de chacun a été trouvé (samedi après-midi) afin que les 3 principaux intéressés puissent entrer en communication et avoir une discussion ouverte et significative sur des sujets de sexualité. La volonté de faire prendre part aux parents dans la prévention sexuelle est partie de deux constatations : Les parents ne pouvaient déléguer l'entière responsabilité de ce rôle à l'école et certains parents n'avaient pas des comportements sexuels sains. Les adolescents avaient tendance à reproduire leurs attitudes. Il s'agissait alors d'intervenir en amont pour maximiser l'adoption de comportements sains dans toute la sphère familiale. L'étude de Basen-Engquist et al. (2001) mentionnait également l'importance de se concentrer sur des adolescents sexuellement actifs et plus âgés, dans le but de protéger les plus jeunes (p.166-185). Les résultats trouvés soutenaient les recherches de Brook, Morejele, Zhang et Brook (2006, p. 259–272) et Turnbull, van Wersch et van Schaik (2008, p. 182–195) dans l'importance de la communication et de l'implication parentale dans l'explication de la sexualité. Brook et al. (2006) décrivaient également les comportements à risque comme la prise d'alcool, la délinquance et la toxicomanie. Pour finir, la discussion démontrait des similitudes avec les données trouvées par d'autres chercheurs, aucune divergence n'était relevée. Dans l'avenir, les chercheurs proposaient de continuer la recherche en identifiant clairement les comportements sexuels à risque de cette population afin de créer une prévention sexuelle ciblée sur leurs besoins. Il mentionnait également que d'autres études seraient menées dans le but de trouver les perceptions des parents et des adolescents compte tenu de ce sujet.

En Valais, les parents ont la possibilité de se rendre avant toutes interventions scolaires à des séances d'informations proposées par les centres SIPE. Celles-ci servent à expliquer les diverses thématiques abordées en classe et à démontrer les activités qui seront utilisées afin d'ouvrir la communication. Des conférences extra-scolaires où sont conviés les parents afin de parler de sexualité sont également régulièrement proposées. Des documents d'informations et d'explications, des références bibliographiques d'ouvrages et autres outils sont mis à disposition gratuitement sur les sites internet du Centre SIPE. Cependant, aucune discussion triadique n'est proposée. Celle-ci pourrait, comme le mentionne cette étude, aider à établir une discussion entre les adolescents et les parents compte tenu des sujets de sexualité mais également de favoriser une relation de confiance entre eux et de démystifier les tabous de la sexualité. Pour cela, un cours d'éducation sexuelle englobant les parents pourrait être mis en place. De plus, celui-ci viserait à augmenter les

connaissances des parents ne recevant des actions préventives qu'au contact de professionnels ou de campagnes de sensibilisation.

7.5 Etude 5

Hsiu-Yueh, H.S.U., Hsing-Yi, Y.U., Jiunn-Horng, L.O.U., & Cheng-Joo, E.N.G. (2015). Relationships among sexual self-concept and sexual risk cognition toward sexual self-efficacy in adolescents: Cause-and-effect model testing

7.5.1 Analyse descriptive

C'est une étude transversale quantitative visant à tester un modèle de cause à effet compte tenu des facteurs affectant l'auto-efficacité sexuelle des adolescents de Taïwan en Chine. Afin de définir le nombre d'élèves à étudier dans chaque section, école et classe, un échantillonnage probabiliste stratifié proportionnel a été utilisé. Il se base sur les données fournies par le Ministère de l'Education de Taïwan qui avait estimé que 40'369 individus composaient le corps étudiant de 1ère année en soins infirmiers en 2010. Au total, 713 étudiants ont été invités à participer à l'étude. Finalement 465 sondages ont été remplis, le taux de retour avoisinait 65.2 %. Les données ont été recueillies de manière anonyme par un questionnaire reçu à domicile. Le critère d'inclusion était : être âgé de 16 à 20 ans et faire partie d'une des 14 écoles de soins infirmiers à Taïwan. Trois hypothèses de recherche ont été formulées : H1 Le modèle d'auto-efficacité sexuelle construit à partir du SEM proposé est-il acceptable tel que testé par le modèle d'équations structurelles ? (SEM) ; H2 le concept de soi sexuel influence-t-il positivement la cognition du risque sexuel et l'auto-efficacité sexuelle ? ; H3 la cognition du risque sexuel a-t-elle un effet médiateur sur la relation entre le concept de soi sexuel et l'auto-efficacité sexuelle ? Le consentement éclairé a été obtenu pour tous les participants. L'autorisation parentale et leur consentement ont été recueillis pour les élèves étant mineurs. Le comité d'examen institutionnel de l'Université de Meiho à Taïwan a approuvé l'étude. Les droits de retrait de l'étude ont été respectés.

Résultats

H1 a été acceptée. La qualité externe de ce modèle d'auto-efficacité sexuelle a été qualifiée d'acceptable après l'utilisation de l'analyse SEM. Ainsi, le modèle de cause à effet utilisé dans cette étude peut expliquer de manière fiable les relations entre le concept de soi sexuel, la cognition du risque sexuel et l'auto-efficacité sexuelle. H2 a été soutenue. Les effets directs du concept de soi sur la cognition du risque (0.82) et l'auto-efficacité (0.42), ont été démontrés, ses valeurs étaient significatives ($p < 0.05$). H3 a également été validée. L'influence de la cognition du risque sur l'auto-efficacité a été significativement ($p < 0.05$) démontrée 0.40. La cognition du risque jouait un rôle indirect de médiateur entre le concept

de soi et l'auto-efficacité. Au final, les résultats ont également démontré que les adolescents ayant un haut niveau de concept de soi sexuel ou encore de cognition du risque possédaient une plus haute auto-efficacité sexuelle.

7.5.2 Analyse de la validité méthodologique

Afin de pouvoir comprendre les définitions de chaque facteur évalué, un retour sur les travaux publiés en amont a été entrepris. Le concept de soi sexuel était perçu comme la perception positive ou négative des sentiments compte tenu de sa sexualité. La cognition du risque était les pensées, augmentant et justifiant les comportements à risque. Pour finir, l'auto-efficacité était perçue comme la croyance en sa capacité à gérer un contexte sexuel de manière adéquate. Le modèle d'équations structurelles (SEM) a été utilisé pour tester les relations entre les variables latentes concept de soi sexuel, l'auto-efficacité sexuelle et la cognition du risque sexuel et les sept variables observables (précautions, attitude, résistance, perception négative, irresponsabilité, comportements sexuels risqués, sexe tarifié). La figure 1 démontre les hypothèses des facteurs influençant l'auto-efficacité sexuelle des adolescents. La figure 2 démontre les résultats des hypothèses obtenues par le SEM compte tenu des analyses multivariées. Le tableau 1 illustre les moyennes et les écarts types des 3 variables, c'est ce qu'on appelle la statistique descriptive. Afin de voir si leur distribution suit la loi normale, le test de Skew et de Kurtosis a été utilisé. La marge d'erreur standardisée était de 0.16 pour Skew et 0.31 pour Kurtosis. Ces deux tests ont permis de définir quel test paramétrique ou non paramétrique allait être utilisé afin de tester le modèle. Le second tableau présente les 3 variables latentes et les variables observables selon les relations trouvées par le SEM, démontrant ainsi la structure interne du modèle.

Trois instruments structurés ont été utilisés dans cette étude. Le questionnaire d'auto-évaluation de l'activité sexuelle (SSES) contenant 20 items répondus sur une échelle de type Likert à 5 points évaluant l'auto-efficacité sexuelle des adolescents. Le questionnaire (ASSCI) explorant le concept de soi sexuel des jeunes contenant 16 items répondus par une échelle de type Likert à 5 points. Mais également le questionnaire sur les cognitions sexuelles chez les adolescents (ASRCQ) comprenant 8 items évalués par une échelle de type Likert à 5 points. Afin de garantir la fiabilité de ces outils de mesure, l'alpha de Cronbach (0.80 ; 0.90 ; 0.78) a été réalisé ainsi qu'un test retest de 2 semaines (0.84 ; 0.80 ; 0.82). Les valeurs individuelles à chaque questionnaire ont été données entre parenthèses dans l'ordre d'émission de celles-ci. Ces valeurs se situant dans la norme, la fiabilité des outils était jugée bonne. Trois limites ont été constatées dans cette étude : 1) en raison des limites financières, cette étude ne porte que sur les adolescents des collèges en soins infirmiers. La généralisation des résultats est donc limitée 2) l'étude n'a pas pris en compte les autres variables influençant le concept de soi, la cognition et l'auto-efficacité telle que l'âge la

religion ou autres. 3) les adolescents ont pu éprouver de la gêne à aborder ces sujets, ils ont peut-être modifié leur propos.

7.3.3 Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique

La plupart des études précédentes utilisaient des analyses de régression comme méthode statistique. Cette méthode peut négliger les erreurs de mesure et mener à une interprétation erronée des données. La méthode statistique SEM a permis d'éviter cela et d'augmenter la crédibilité de l'étude. Les résultats ont soutenu la théorie cognitive sociale d'Albert Bandura. Salazar et al. (2004) ont obtenu des résultats similaires en démontrant l'influence positive du concept de soi sexuel sur la cognition du risque (p. 137–149). La relation positive entre l'auto-efficacité et le concept de soi avait également été abordée par Rosenthal, Moore et Flynn (1991) qui expliquaient que les adolescents ayant une forte conception possédaient des attitudes sexuelles conservatrices et des comportements sexuels sains (p.77-88). Pour finir, l'influence positive de la cognition du risque sur l'auto-efficacité avait également été rapportée dans les travaux de Louw, Peltzer et Chirinda (2012). Les adolescents ayant des rapports sexuels risqués avaient une plus grande croyance que les rapports sexuels étaient sans risque.

Les effets directs et indirects ayant été constatés : les chercheurs de cette étude ont conclu que les interventions visant l'amélioration du concept de soi sexuel chez les adolescents étaient importantes. Afin d'accroître le concept de soi des adolescents, Murry et al. (2005) proposaient d'inclure les parents dans la transmission des normes et des valeurs concernant le comportement sexuel (p.627-642). Un autre axe apporté par Garcia (1999) mentionnait de prendre en compte les différences entre les sexes dans l'élaboration d'intervention afin d'être plus ciblé sur les genres sexuels et leurs concepts propres (p.263-270).

En Valais, le Plan d'étude Romand établi pour la période du cycle, contient des objectifs attribués à l'augmentation de l'auto-efficacité et au concept de soi. Ils ne sont pas seulement abordés lors des cours d'éducation sexuelle mais sont des indications pédagogiques qui seront acquises après la visite de multiples intervenants (médiateur, police routière). Cependant, les questions liées à la sexualité, aux modifications physiques et aux comportements à risque sont du domaine propre de l'Experte en santé sexuelle. Il serait alors envisageable de constituer une trame mentionnant des points-clés permettant d'augmenter le sentiment d'auto-efficacité qui serait accessible au personnel et au public sous forme d'affiche dans les établissements scolaires et professionnels.

7.6 Etude 6

Harkabus, L.C., Harman, J.J., & Puntenney, J.M. (2013). Condom Accessibility: The Moderating Effects of Alcohol Use and Erotophobia in the Information–Motivation–Behavioral Skills Model

7.6.1 Analyse descriptive

Le modèle de compétence nommé information-motivation-comportemental (IMB) inventé par Fisher en 1992 a permis de comprendre les variables influençant l'utilisation du préservatif. Le but de la présente étude est d'examiner si les voies causales de la théorie de réduction des risques du VIH (IMB) diffèrent pour des adultes en 1^{ère} du collège en fonction d'un certain nombre de dimensions liées à l'accessibilité du préservatif, tels que l'érotophobie et la consommation fréquente ou non d'alcool. Cette étude transversale de type quantitatif testant un modèle de cause à effet a été réalisée dans l'Université de l'Etat du Midwest aux USA. Deux hypothèses ont été émises. Premièrement, les motivations à adopter des comportements visant des rapports protégés seraient plus faibles pour les personnes consommant de l'alcool, leurs perceptions du risque ayant diminué. Deuxièmement, les personnes souffrant de timidité auraient un niveau plus faible d'aptitude dans toutes les dimensions de l'IMB. La cause serait leur gêne à aborder les sujets de sexualité créant un obstacle direct ou indirect à l'obtention d'informations préventives. Afin de tester le modèle, 125 étudiants dont l'âge moyen était de 19 ans ont été invités à répondre à un questionnaire en ligne de 30 minutes, accessible via leur ordinateur portable dans une salle de l'université. Ils ont été sélectionnés par un échantillonnage aléatoire simple au sein d'un cours d'introduction à la psychologie et ont reçu des crédits de formation pour les remercier de leur participation. Seules les personnes étant célibataires ou en couple depuis moins de 6 mois étaient incluses dans l'étude. Onze personnes ne souhaitaient pas participer. Les répondants étaient composés de 59 femmes et 55 hommes dont l'âge moyen était de 18,90 ans. Aucune considération éthique n'a été formulée par les auteurs.

Résultats

Le modèle final ajusté de l'IMB a été jugé efficace et significatif pour prédire l'accessibilité au préservatif ($X^2=4.58$, $p=.08$). Ces valeurs ont été comparées avec le premier modèle hypothétique original ayant démontré un faible ajustement des données ($X^2=8.96$, $p<.01$). Des niveaux inférieurs de motivation et de compétences comportementales prédisaient de manière significative que les préservatifs seraient moins accessibles. L'information n'a pas été retenue comme prédicteur significatif des comportements. H1 a été soutenue. La

consommation d'alcool a modéré l'effet médiateur des compétences comportementales entre la motivation et l'accessibilité du préservatif dans tous les niveaux d'alcool déclarés ($p < .01$). Ce qui signifie que les personnes ayant consommé plus d'alcool au cours de la semaine précédente avaient une accessibilité au préservatif beaucoup plus faible que celles qui consommaient moins. H2 a été soutenue. L'éreutrophobie a modéré l'effet de la motivation et des compétences comportementales sur l'accessibilité du préservatif ($\beta = .21$, $p = .005$). L'éreutrophobie diminuait donc l'accessibilité au préservatif ($p < .001$).

7.6.2 Analyse de la validité méthodologique

Dans un premier temps, le IMB est expliqué au lecteur. Il comporte 3 axes. Le premier étant les informations, relevant des connaissances sur le VIH et des actions mises en pratique pour éviter d'être infecté. Le second est la motivation, elle est influencée par la volonté personnelle et les normes sociales. Le dernier consiste à l'aspect comportemental de l'individu. Il est le résultat des opérations intellectuelles précédentes. C'est cet axe qui démontre si la personne est correctement informée ou si elle est motivée à adopter un comportement sain. Les facteurs modérateurs dont les chercheurs ont cherché à comprendre l'influence sur le IMB et sur l'accessibilité du préservatif sont l'usage de l'alcool et l'éreutrophobie.

Plusieurs dimensions ont été évaluées telles que les connaissances sur les IST, les motivations à utiliser des moyens de préventions, les compétences comportementales et d'auto-efficacité, les facteurs modérateurs tels que la consommation d'alcool, l'éreutrophobie et l'accessibilité au préservatif. La fiabilité interne des outils de mesure a été garantie par un coefficient d'Alpha de Cronbach se situant dans la norme entre 0.70 et 0.90 pour tous les questionnaires utilisés sauf pour un ($\alpha = .63$). Un Test T a été utilisé pour tester les variables examinées. Aucune différence entre les genres n'a été trouvée. La figure une émise par les chercheurs démontre le modèle IMB prédisant l'accessibilité au préservatif. Le 1^{er} tableau démontre les résultats des statistiques descriptives des diverses variables univariées et bivariées inscrites dans un tableau de contingence. Le second présente 3 modèles, le 1^{er} traitant de l'accessibilité au préservatif compte tenu de la motivation et de l'effet de l'alcool sur celle-ci, le 2^{ème} évaluant l'effet médiateur de l'alcool sur la motivation compte tenu de l'adoption ou non de comportements sains et le dernier régissant l'accessibilité compte tenu de toutes les variables l'influençant (Motivation et comportement, alcool ou non). Les données ont été testées à l'aide d'une analyse de régression utilisant le test T et des coefficients bêta non normalisés. La significativité des résultats a été démontrée par la plus-value. Le dernier tableau testait l'effet de l'éreutrophobie compte tenu de l'accessibilité au préservatif. Ces valeurs ont été testées comme pour le 2^{ème} tableau.

Les limites de cette étude sont que l'échantillonnage a été réalisé dans l'université de White. Les résultats ne sont alors généralisables qu'à des populations ayant les mêmes caractéristiques. Une variabilité de la consommation d'alcool a été trouvée entre les individus, celle-ci a pu modifier les résultats et donc, constitue un biais de confusion. Une force de l'étude est que toutes les échelles de mesure utilisées dans cette étude concordent avec les principaux chercheurs sur le VIH, en particulier ceux qui utilisent le modèle IMB pour expliquer la prévention et le traitement du VIH. Elles sont alors fiables et valides.

7.6.3 Analyse de la pertinence clinique et utilité pour la pratique

Le fait de comprendre que certains facteurs individuels tels que la timidité ou encore la consommation d'alcool peuvent modifier les voies de l'information, de la motivation et des comportements, permet à l'infirmière scolaire de cibler les actions préventives à ces personnes-là. L'utilisation du préservatif ayant déjà été testée par de précédents auteurs. La compréhension des attributs diminuant l'accessibilité du préservatif était cherchée durant cette étude. Les résultats ont trouvé que celle-ci dépendait de la planification et de l'intention d'être prêt en cas de relations sexuelles. Ainsi les personnes n'étant pas dans l'optique d'avoir des rapports sexuels tels que les éreutophobes ou encore les personnes ayant consommé de l'alcool ne seront pas en mesure d'accéder à des moyens de protection. Des interventions préventives spécifiques devaient dès lors leur être attribuées. L'accessibilité des préservatifs constituant un obstacle à des actes sexuels plus sûrs, des nouvelles politiques devraient être entreprises afin d'en faciliter l'accès en zone publique.

L'étude mentionnait plusieurs actions concrètes qui seront mises en relation avec le contexte Valaisan. En Valais, des distributeurs de préservatifs se situant dans les toilettes publiques sont déjà accessibles à la population. Cependant, cette vente n'est pas obligatoire. Il sera intéressant de sensibiliser la population commerçante aux actions de prévention et de leur proposer des moyens simples de sensibilisation comme de mettre des affiches préventives sur les distributeurs. Une seconde option pourrait être de réaliser des campagnes préventives dans des lieux-dits informels à la promotion de la santé telle que des bars, des soirées, des concerts, des associations sportives mais aussi d'épandre la prévention dans les réseaux sociaux, actuellement très prisés. Pour finir, la timidité était un élément outrageant la réceptivité aux messages de santé, les propos utilisés devront amener les individus à se questionner sur leur préparation aux rapports sexuels sans pour autant les offusquer. L'article se concluait en mentionnant l'importance de fournir des interventions permettant d'augmenter l'auto-efficacité des individus et donc de changer leurs motivations et leurs compétences comportementales. Pour ce faire, les actions de santé devraient se baser sur des contenus ayant été formulés selon des trames bien précises, conçues sur les travaux d'auteur tel que Albert Bandura.

7.7 Synthèse des résultats

L'analyse de ces études amène à comprendre la complexité de l'éducation sexuelle en milieu scolaire. Une synthèse des principaux résultats s'impose.

L'importance des interventions préventives a été rapportée par tous les auteurs. De multiples raisons ont été émises dont la principale qui était l'augmentation des connaissances compte tenu des IST qui était liée à la diminution des comportements à risque (Goldsberry et al., 2016). Borawski et al. (2015) ont constaté ces augmentations indépendamment du type d'intervenant, infirmier ou enseignant. Un changement d'attitude visant l'adoption de comportements sains sur le long terme (+12 mois) avait été rapporté lorsque les interventions étaient administrées par des infirmières. Ce dernier résultat était contradictoire avec l'étude de Goldsberry et al. (2016) qui démontrait qu'aucun changement significatif des attitudes n'avait été trouvé. Ceux-ci ont cependant démontré que les infirmières possédaient de meilleures compétences dont une plus vaste expérience en communication et des outils favorisant le développement du sentiment d'auto-efficacité. Cette étude relevait également l'avis d'autres auteurs tels que Almeida et al. (2017) mais aussi de Magowe, Seloilwe, Dithole et St Lawrence (2017) qui mentionnaient que les enseignants possédaient de bonnes connaissances en la matière mais étaient moins efficaces que le personnel infirmier. Les trois études mentionnées en amont attribuaient l'école comme cadre logique à l'administration de cours préventifs.

Les pratiques sexuelles à risque étaient décrites comme étant : un début précoce des rapports sexuels ; un nombre élevé de partenaires ; des partenaires côtoyés simultanément et plus âgés. Les comportements à risque étaient : la consommation d'alcool et de drogue, la délinquance et la fréquentation de lieux risqués (Goldsberry et al., 2016; Magowe et al., 2017). L'importance de l'implication parentale a été soulevée. Les adolescents voulaient que ceux-ci s'investissent dans la transmission de leurs normes et valeurs. Une discussion triadique entre parents-enfants-professionnels était alors envisagée (Almeida et al., 2017; Hsu et al., 2015; Magowe et al., 2017). Afin d'améliorer la prise en charge, plusieurs éléments sont à prendre en compte tels que la différence entre les genres (Goldsberry et al., 2016; Hsu et al., 2015) et les comportements au sein de la sphère familiale (Magowe et al., 2017). La théorie sociale cognitive d'Albert Bandura est un outil à la disposition des infirmières afin de pouvoir comprendre les relations entre la motivation (cognition du risque), les informations (concept de soi) et l'auto-efficacité (comportement) et ainsi de favoriser l'adoption de comportements sains (Harkabus et al., 2013; Hsu et al., 2015) . Les fausses croyances, la pensée magique et autres attributs propres aux adolescents, les rendent vulnérables. Les interventions éducatives doivent viser à protéger cette population à risque (Almeida et al., 2017).

8. Discussion

8.1 Discussion des résultats

Une réponse partielle à la question de recherche a pu être formulée. Les sujets reliés aux comportements à risque restent peu explorés et les divers professionnels interagissant sur le sujet complexifient la recherche de données. Au final, cette revue de la littérature a permis d'analyser six articles de recherche, ce qui ne constitue pas la totalité des travaux recensés. La réponse émise n'est donc pas complète, mais permet la compréhension de certains éléments-clés. La discussion portera sur l'analyse des similitudes et des divergences entre les résultats des études analysées, la problématique et le cadre théorique.

Tout d'abord, il est pertinent de relever que l'école a été définie comme le cadre logique de l'administration de la prévention (Almeida et al., 2017; Borawski et al., 2015; Magowe et al., 2017). Cet avis est partagé par la Fédération Valaisanne des Centres SIPE (2014), qui place l'école comme soutien en matière d'éducation sexuelle venant s'ajouter aux données fournies par les parents. L'importance de la prévention sexuelle a fait l'unanimité dans ce travail. Elle a été qualifiée de nécessaire (Santé Sexuelle Suisse, 2015), constituant un devoir éducationnel envers les citoyens (Athéa & Couder, 2006, p. 21-22) et permettant d'augmenter les connaissances compte tenu des IST, donc d'agir sur la diminution des comportements à risques. Ce dernier point était repris par tous les articles analysés dans la section résultats.

Les principaux modèles sociaux influençant la création d'une sexualité sont la famille, les proches et la société selon Athéa & Couder (2006, p. 91-99). Le rapport de recherche N°67 d'Archimi & Jordan (2014) analysait deux de ces modèles, les relations familiales et les relations avec les proches. Ainsi que deux autres aspects, la dynamique scolaire et les facteurs individuels. Au final, les résultats rapportés ont confirmé leurs impacts en tant que facteurs de protection ou de risque dans les pratiques sexuelles. Les résultats obtenus dans l'analyse des études étaient similaires.

Les comportements sexuels à risque étant reliés à ces sphères sont présentés par axe. Ainsi, au niveau individuel, les individus ayant une faible estime d'eux-mêmes, évaluant leur état de santé comme mauvais, subissant une puberté précoce, n'étant pas satisfait de leur vie (Archimi & Jordan, 2014) et les personnes consommant de l'alcool ou de la drogue (Goldsberry et al., 2016; Magowe et al., 2017) avaient un risque augmenté. Les personnes fréquentant des lieux risqués (Magowe et al., 2017) et les personnes sortant en soirée plus d'une fois par semaine également (Archimi & Jordan, 2014) (fréquentation des paires). Au niveau familial, le manque de communication parents-adolescents et la perception d'une

faible éducation parentale étaient rapportés par trois des études analysées (Almeida et al., 2017; Hsu et al., 2015; Magowe et al., 2017). Habiter dans une famille monoparentale ou recomposée, avoir de la peine à se confier à ses parents, avoir des parents sans emploi constituaient d'autres éléments familiaux augmentant la prise de risque. Au final, tous les points abordés dans ce dernier axe ont également été repris dans le rapport d'Archimi & Jordan (2014). En ce qui concerne la scolarité, la délinquance (Magowe et al., 2017), des résultats scolaires insatisfaisants, du stress dans les tâches à effectuer, des redoublements, les difficultés d'intégration, avaient un lien significatif avec la prise de risque (Archimi & Jordan, 2014).

Les pratiques sexuelles à risque identifiées étaient, le non-port du préservatif qui aurait tendance à augmenter en fonction de l'âge (Observatoire suisse de la santé, 2016), le multi partenariat sexuel (Currie & WHO, 2004, p. 237) et les rapports sexuels précoces (Vitaro & Gagnon, 2000). L'analyse des études a également permis de ressortir ces éléments et d'en ajouter deux, les partenaires plus âgés et les partenaires étant côtoyés simultanément (Goldsberry et al., 2016; Magowe et al., 2017)

L'étude d'Harkabus et al. (2013) et celle d'Archimi et Jordan (2014) mentionnent la timidité comme un facteur évitant la prise de risque. Cependant, elle créait des difficultés dans l'utilisation du préservatif. D'autres facteurs de protection ont été mentionnés dans d'autres études tels qu'un commencement des actes sexuels tardif (Almeida et al., 2017; Magowe et al., 2017), une haute estime de soi et un niveau élevé d'auto-efficacité (Harkabus et al., 2013; Hsu et al., 2015), des bonnes connaissances de base dans le sujet étant généralement présentes chez les individus ayant déjà des rapports sexuels ou étant favorables à l'acquisition de comportements sains (Goldsberry et al., 2016).

La pluridisciplinarité dans les rôles d'éducation sexuelle a été démontrée dans le cadre théorique. Ainsi, deux intervenants étaient prestataires d'intervention d'éducation sexuelle tels que les enseignants et le personnel infirmier. Les études analysées ont permis de voir que les informations de prévention permettaient de réduire les comportements à risque indépendamment du type de prestataire (Borawski et al., 2015). Un changement d'attitude visant l'adoption de comportements sains sur le long terme (+12 mois) avait été rapporté lorsque les interventions étaient administrées par des infirmières (Borawski et al., 2015). Cependant, ce résultat avait été contredit par l'étude de Goldsberry et al. (2016) qui n'avait rapporté aucun changement significatif. Un des points qui permettait de démontrer la meilleure efficacité des infirmières était leur capacité à entrer en communication avec les élèves due à son expérience plus vaste et ses outils de communication. Elle était alors plus encline à augmenter l'auto-efficacité des élèves et donc à favoriser des changements de

comportement et de mentalité (Goldsberry et al., 2016). L'enseignant, lui, était un bon prescripteur d'informations (Borawski et al., 2015). L'infirmière possède donc des compétences de base qui lui sont propres en matière de sexualité (Kozier et al., 2012, p. 574). Elles sont mentionnées dans le point 5.2.1 de ce travail. Elle permet de répondre à des objectifs de promotion de la santé clairement établis qui sont propres à son domaine de compétence (Athéa & Couder, 2006, p. 22-25).

L'impact du sentiment d'auto-efficacité tiré de la théorie sociale cognitive d'Albert Bandura tel que décrit dans le cadre théorique au point 5.3.4 a démontré son importance. Deux des études analysées ont trouvé que plus un niveau d'auto-efficacité était élevé, plus les individus étaient capables de gérer des situations complexes. Au moment des rapports sexuels, ils étaient en mesure d'adopter des comportements sains tels que le port du préservatif ou encore de faire respecter leurs envies sans coercition (Harkabus et al., 2013; Hsu et al., 2015). L'efficacité de l'infirmier dans l'augmentation de l'auto-efficacité avait été rapportée par ces deux mêmes études. Celui-ci devait alors utiliser cette théorie dans ses interventions afin d'augmenter les prédispositions au changement.

Des difficultés interventionnelles ont été mises en avant. L'utilisation d'un langage métaphorique, la vulgarisation et les préjugés dans le discours des intervenants causent des difficultés de compréhension. Ils devraient à l'avenir être évités pour favoriser la qualité des prestations (Almeida et al., 2017). Une des études rapportait que les facteurs influençant les comportements sexuels n'étaient pas assez analysés compte tenu de l'aspect culturel et proposaient d'en tenir compte dans les prochaines recherches sur le sujet (Almeida et al., 2017). La pensée égocentrique, les représentations erronées étaient également mentionnées comme attributs entravant l'adoption de comportements préventifs (Almeida et al., 2017). Tel que repris dans le cadre théorique, le sentiment d'invulnérabilité des adolescents peut leur faire penser que les actes qu'ils font n'auront aucun impact sur leur santé directe, ce qui ne favorise pas l'adoption de comportements sécuritaires (Bee & Boyd, 2011, p. 258-259). Au final, toutes les études analysées étaient en accord avec la décision de l'OMS (2016b) de cibler les adolescents dans les actions de prévention, ceux-ci ayant été qualifiés de vulnérables. Les principales raisons mentionnées étaient la contamination des IST de plus en plus précoce, les répercussions sur la santé pouvant impacter l'individu, ses partenaires et leur santé future (OMS 2016b). L'éducation sexuelle visait non seulement à éviter la contamination par les ITS mais également de diminuer les grossesses indésirables par des moyens de prévention efficaces. Celles-ci étant la principale cause de décrochage scolaire (Magowe et al., 2017).

Au total, trois perspectives d'amélioration des interventions préventives ont pu être ressorties dans ce travail.

Tout d'abord, les élèves désiraient que leurs parents s'impliquent en leur transmettant leurs normes et valeurs compte tenu des sujets de sexualité. Un partage des tâches entre les professionnels de la santé sexuelle et les parents s'imposait. Une vision triadique de la sexualité a émergé de l'analyse des articles. Ils proposaient que les sujets de sexualité soient partagés lors d'une discussion entre les élèves, les parents et les professionnels de la santé (Almeida et al., 2017; Hsu et al., 2015; Magowe et al., 2017). Ces éléments ont été repris dans la méta-analyse de Dittus et al. (2015) qui mentionne que « Le développement d'interventions triadiques ciblées et justifié représente une nouvelle stratégie pour améliorer la santé globale des adolescents ».

Magowe et al. (2017) préconisaient d'administrer la prévention au niveau de toute la sphère familiale, rejoignant ainsi l'avis d'ouvrir le débat aux parents lors d'interventions scolaires. Les raisons mentionnées étaient que les adolescents avaient tendance à reproduire les comportements sexuels étant inscrits dans la dynamique familiale. Il s'agissait alors d'intervenir en amont dans l'administration de prévention afin de préconiser des comportements sains et ainsi d'influencer positivement les plus jeunes. Cette idée fait référence à la théorie d'Albert Bandura sur l'apprentissage abstrait et s'appuie sur le modèle familial comme facteur d'influence.

Dernièrement, l'infirmière doit prendre en compte les différences liées aux genres. Un garçon et une fille n'ont pas la même manière de vivre et de comprendre la sexualité (Goldsberry et al., 2016; Magowe et al., 2017). Les filles ont tendance à exprimer leurs sentiments et leurs interrogations sur le sujet, se basant moins sur l'aspect de l'acte sexuel. Les garçons expriment peu leurs émotions et leurs sentiments. Ils utilisent l'humour ou des propos à tendance machiste pour en parler. L'infirmière doit rester attentive à clarifier les éléments et les représentations reliés à la sexualité et véhiculés au sein des groupes. Ceux-ci étant généralement surreprésentés par certains membres en quête de désirabilité sociale. Mais également de les aider à déchiffrer les messages sociétaux de plus en plus conditionnés par un marketing à connotation sexuelle comme par exemple, la pornographie ou autres représentations de la sexualité (Athéa & Couder, 2006, p. 91-85).

8.2 Discussion de la qualité et de la crédibilité des évidences

Parmi toutes les études analysées, des résultats significatifs visant l'amélioration de la pratique infirmière ont été obtenus. Cela malgré le fait que deux (Harkabus et al., 2013; Hsu et al., 2015) des six études n'étaient pas disciplinaires.

Pour ce qui est de la généralisation des résultats, toutes les études sauf celle de Magowe et al. (2017) mentionnent les précautions à avoir dans la généralisation des résultats compte tenu des types d'échantillonnage lorsque ceux-ci étaient de type non probabiliste. Les caractéristiques étaient alors seulement représentatives de la population étudiée. Mais aussi lorsque celles-ci avaient été réalisées au sein d'une seule université, auprès d'élèves suivant le même cursus de formation comme par exemple l'étude où les élèves provenaient d'un collège en soins infirmiers (Hsu et al., 2015) ou encore celles ayant inclus des membres d'une sonorité (Goldsberry et al., 2016). Les conditions d'éducation sexuelle pouvant différer d'un pays à l'autre étaient également un obstacle à la généralisation. Cependant la transférabilité, elle, n'en était pas impactée.

Au final, il convient de mentionner que les études analysées provenaient de pays n'étant pas européens. Les politiques de promotion de la Santé peuvent différer d'un pays à l'autre comme l'utilisation de divers professionnels exerçant l'éducation sexuelle. C'est pourquoi la question de recherche n'a pu être que partiellement répondue, car l'éducation sexuelle ne répondait pas seulement de la discipline infirmière, mais également de divers professionnels tels que les enseignants et les éducateurs. L'éducation sexuelle était alors un domaine de prévention exercé en pluridisciplinarité. Cependant, quatre des études analysées étaient rédigées par des chercheurs en soins infirmiers ce qui prouve que cette promotion de la santé est reliée au domaine propre des sciences infirmières. Quant aux stratégies de base de la prévention sexuelle, celles-ci n'ont pas varié. Les solutions pratiques abordées pouvaient alors être transférées à d'autres milieux.

8.3 Limites et critiques de la revue de littérature

Une des limites de cette recherche était que les articles devaient principalement provenir de la discipline infirmière. Dès lors, un certain nombre de données n'étaient plus accessibles. Un autre élément limitant l'accessibilité des données était que seuls les articles pouvant être téléchargés en full PDF ont été sélectionnés. Cependant, toutes les recherches analysées dataient d'il y a moins de 5 ans, ce qui permettait d'assurer l'actualité des données.

L'objectif de cette revue de la littérature était d'identifier les comportements à risque mettant en danger les adolescents âgés de 12 à 15 ans. Cependant, il n'a pas été possible de considérer six études mentionnant la prévention sexuelle en milieu scolaire d'adolescents se situant exactement dans une tranche d'âge de 12 à 15 ans. La recherche s'est alors portée sur une tranche d'âge entre 12 et 25 ans. Néanmoins, cela s'est révélé être une ressource car la prévention sexuelle n'agit pas seulement à une période de vie mais tout au long de l'existence d'un individu.

9. Conclusions

Au final, des listes non exhaustives compte tenu des comportements, des pratiques sexuelles à risque et des facteurs de protection reliés à la sexualité des adolescents âgés de 12 à 15 ans ont pu être établies. Elles permettent à l'infirmière en santé scolaire de mieux comprendre les dimensions individuelles et sociales, entraînant des conduites sexuelles à risque. De ce fait, il lui convient d'utiliser ces données dans sa pratique de tous les jours. Des propositions concrètes d'amélioration, des interventions seront formulées dans les points à venir en se basant sur les prestations déjà mises en place en Suisse.

9.1 Propositions pour la pratique

Tout au long de cette revue de la littérature, des solutions concrètes compte tenu des interventions d'éducation sexuelle déjà existantes en Valais ont été formulées dans les parties « utilité pour la pratique » se trouvant dans la section résultats. Les compétences intrinsèques du personnel infirmier ayant été démontrées tout au long de ce travail tant par leurs diverses compétences et leur capacité à répondre à des objectifs concrets de prévention, cela amène à une réflexion sur la prévention sexuelle de demain. Actuellement les élèves reçoivent des cours d'éducation durant quatre années scolaires en 2H, 6H, 8H et 10CO (Centre de consultation SIPE, s.d). Ce qui veut dire qu'ils y participent environ tous les deux ans. Cependant, les questions reliées à la prévention ne sont pas figées dans le temps. La perspective de former les enseignants compte tenu de ce sujet reste une solution adéquate pour apporter un soutien ou encore aiguiller les élèves vers un centre de planning familial (Jacot-Descombes, 2008, p. 5).

Une autre solution pouvant être proposée, est que l'infirmière en Santé scolaire pourrait spécifiquement lors de ses interventions en 9CO et 10CO participer à l'organisation d'une activité préventive effectuée par les adolescents eux-mêmes. C'est-à-dire que les élèves dans le cadre de leur cursus scolaire devront créer à l'aide de l'infirmière en santé scolaire, un cours d'éducation sexuelle qui sera dispensé dans les classes au sein de l'école ainsi que des affiches explicatives qui seront placées à la vue de tous. De cette manière, les élèves deviendront acteurs de la promotion de la santé sexuelle et développeront des compétences en travaillant avec des professionnels du milieu. Ce projet pourrait être proposé aux élèves lors de la campagne de vaccination de l'hépatite B et du papillomavirus afin que les étudiants puissent faire des liens avec les campagnes de vaccination, de dépistage et des entretiens de santé qui leur sont actuellement proposés par le système de santé valaisan (PSV s.d.). Cette solution permettrait également un meilleur partenariat entre les enseignants et les infirmières en santé scolaire qui pourront dès lors, travailler en coordination pour les thèmes reliés à la sexualité. Les Experts en Santé sexuelle seraient présents comme soutien dans les interventions d'éducation infirmière, celles-ci possédant

déjà des compétences de base en matière d'éducation sexuelle et moyennant un coût d'intervention inférieur au personnel spécialisé. Il convient de mentionner ici que les études analysées en amont ne mentionnent aucune formation post grade après l'obtention d'un diplôme en science infirmière.

D'autres voies ont également été mentionnées afin d'améliorer la qualité des interventions d'éducation en santé sexuelle en milieu scolaire telle que la création d'une trame permettant d'augmenter le sentiment d'auto-efficacité; l'administration d'actions préventives interactives dans des lieux informels tels que les bars, les concerts mais aussi dans les fraternités, les associations sportives et les réseaux sociaux ; l'utilisation d'une nouvelle approche éducative sous forme de discussion triadique ; des campagnes d'interventions multiples et des affiches préventives placées à des endroits propices à la diffusion de messages de santé comme par exemple sur les distributeurs de préservatifs dans les toilettes publiques.

9.2 Propositions pour la formation

La Haute école spécialisée de Suisse occidentale (HES-SO, 2012) permet l'obtention d'un Bachelor of Science HES-SO en Soins infirmiers. L'infirmière diplômée possède des compétences génériques attribuées à toutes les professions de la santé niveau HES mais également des compétences spécifiques. C'est cela qui la différencie des autres intervenants. Le référentiel des compétences pour les soins infirmiers est défini par la Conférence suisse des recteurs des hautes écoles spécialisées. Les infirmières disposent à la fin de la formation, de compétences spécifiques à leur profession. Elles sont en mesure d'assurer sept rôles dont le principal en rapport avec la sexualité est le rôle de promoteur ou promotrice de la santé. Celui-ci régit les axes de promotion de la santé, de l'éducation à la santé et de la prévention. Les autres rôles ont également leur importance dans l'éducation sexuelle. Celui de communicateur ou communicatrice permet à l'infirmière de maîtriser les attitudes et les outils de communication pour aborder ce sujet sensible. Le rôle de collaborateur permet d'acquérir des compétences afin de travailler en pluridisciplinarité. Le rôle de manager lui permet d'adopter un placement de leader dans l'organisation des mesures préventives et pour finir le rôle d'expert en soin infirmier place cette profession comme acteur principal de projet de soins à des buts préventifs (p.1-55).

Au niveau pratique, le cursus de formation en soin infirmier à la Haute école de Santé valaisanne aborde la thématique reliée à la sexualité lors de deux modules intitulés vivre avec une maladie chronique 2453 et professionnalisation 3614. Les thématiques liées à la contraception, aux IST et à la communauté LGBT y sont instituées en vue de l'obtention spécifique de compétences envers ces sujets. Les cours de formation institués semblent

être complets, malgré tout, les aspects pratiques d'une mise en place d'intervention préventive pourraient être mieux mis en avant lors d'un cours afin d'aider les étudiants à se projeter dans la réalisation d'un projet concret de promotion de la santé.

Les propositions de formation ne sont pas les mêmes pour la Suisse romande et la Suisse alémanique. Ci-dessous les deux principales offres de formation continue romande seront présentées. Elles sont proposées par le Centre d'études et de formation continue (CEFOC) de la Haute École de travail social de Genève (hets) (Centre de consultation SIPE, s. d.). Ainsi les personnes souhaitant compléter leur formation de base afin de développer des compétences dans les thématiques reliées à la sexualité, la procréation et la vie affective ont la possibilité de faire un CAS en Santé sexuelle: approches de prévention et de promotion (hets, 2013). Les personnes désirant devenir formatrice, conseillère en santé sexuelle, doivent posséder un DAS en Santé sexuelle : interventions par l'éducation et le conseil. Celui-ci permet de pouvoir fournir des prestations d'éducation sexuelle en milieu scolaire, dans des centres de santé sexuelle et des plannings familiaux. Ces formations sont accessibles aux professionnels possédant un diplôme de niveau tertiaire, étant du domaine médical, social et éducatif (hets, 2012). Il existe également un CAS en Promotion de la santé et santé communautaire. Celui-ci permet de se spécialiser dans la gestion d'intervention de promotion de la santé et de programme de santé (Université de Genève, 2018). En Suisse les formations postgrade ne font pas défaut.

9.3 Propositions pour la recherche

Il ressort de ce travail un manque de données en matière de santé sexuelle chez les adolescents. Il est dur de comprendre l'impact des IST, celui-ci n'étant pas clairement chiffré. Afin d'obtenir des données récentes, une étude nationale sera réalisée en Suisse à l'aide du financement des Fonds de la Recherche Scientifique. Cette enquête de type quantitatif rétrospectif sera menée par l'Université de Lausanne en 2017 auprès de 40'000 jeunes âgés de 25 ans. Ceux-ci devront remplir un calendrier de vie sur internet. Les données seront utilisées afin de comprendre les liens avec les trajectoires de vie et la sexualité, en plus de rapporter des données récentes sur le sujet (UNIL, 2016).

Les comportements sexuels ont déjà fait l'objet d'un rapport de recherche intitulé « Vulnérabilité aux comportements à risque à l'adolescence : définition, opérationnalisation et description des principaux corrélats chez les 11-15 ans de Suisse » rédigé par Archimi & Jordan (2014) sous le mandatement et le financement de l'OFSP. Il serait intéressant de comparer ces données entre celles d'autres pays afin de déceler une potentielle influence culturelle. Ce facteur ayant été relevé comme peu abordé par Almeida et al. (2017) dans cette revue de la littérature.

L'observatoire Valaisan de la santé informe régulièrement la population compte tenu des sujets de sexualité à des moments propices. Pour ce faire, il mandate des organismes tels que le SIPE ou encore Addiction Valais dans la rédaction d'articles ou la mise en place de campagnes. Voici un exemple, à la période de Carnaval la parution d'un article intitulé « Alcool et sexe, quelle limite ? » (Fellay, 2015) avait fait son apparition dans « Le Nouvelliste » afin de rappeler l'influence de l'alcool sur les comportements sexuels à risque et inviter les lecteurs à utiliser des moyens de prévention tel que le préservatif . Dans l'avenir, il serait intéressant d'augmenter les prestations de ce type car elles sont pertinentes et ciblées sur les besoins et la culture de la population valaisanne.

L'association Suisse des infirmières (ASI, 2018) publie tous les mois une revue en soins infirmiers. Celle-ci reprend des thèmes d'actualité et propose des voies d'amélioration pour les professionnels de la santé. La revue du mois de mai 2018 aborde la thématique des adolescents et de leurs smartphones. Lors de ma participation à une conférence proposée principalement aux parents mais également aux professionnels de la santé, un élément principal d'inquiétude parentale en est ressorti. Quelle est l'influence des médias sociaux sur la sexualité de nos enfants ? Leur sexualité est-elle protégée (inquiétude de la diffusion d'images) ? Que faut-il leur interdire ou leur conseiller ? Et la pornographie dans tout ça ? (C. Balleys, communication personnelle, [Grandir entre adolescents sur les réseaux sociaux], 26 avril 2018). Le sujet de débat est tel qu'il a déjà été repris dans un article de presse « Ados et médias sociaux, un duo indissociable » paru le 19 avril 2018 dans le Nouvelliste (Fellay, 2018).

En somme, cette revue de la littérature aura permis de mettre en avant des comportements sexuels à risque et des outils de gestion de ceux-ci. Cependant, les thématiques liées à la sexualité sont en constante évolution et font l'objet de nouvelles influences telles que les réseaux sociaux. Il faudrait dans l'avenir, obtenir des données probantes basées sur des recherches issues des sciences infirmières dans le but de comprendre l'influence des médias sociaux et leurs impacts sur la sexualité des adolescents. De cette manière, les interrogations mentionnées pourront être levées et la qualité des prestations infirmières n'en sera qu'augmentée.

10. Références bibliographiques

- Akpabio, I. I., Asuzu, M. C., Fajemilehin, B. R., & Ofi, A. B. (2009). Effects of school health nursing education interventions on HIV/AIDS-related attitudes of students in Akwa Ibom State, Nigeria. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 44(2), 118-123. doi: 10.1016/j.jadohealth.2008.05.005
- Almeida, R. A. A. S., Corrêa, R. G. C. F., Rolim, I. L. T. P., Hora, J. M., Linard, A. G., Coutinho, N. P. S., ... Oliveira, P. S. (2017). Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1033-1039. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0531
- Ancelle, T., Rothan-tondeur, M., & Ivernois, J. F. (2013). *Statistique pour les infirmières*. Paris, France : Maloine.
- Archimi, A., Windlin, B., & Jordan, M. D. (2016). *Les rapports sexuels et la contraception des adolescent-e-s en Suisse*. Accès http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/2016_Archimi-Windlin-DelgrandeJordan_RappSexContracepHBSC2014_Feuille-info_.pdf
- Archimi, Aurélie, & Jordan, M. D. (2014). *Vulnérabilité aux comportements à risque à l'adolescence : définition, opérationnalisation et description des principaux corrélats chez les 11-15 ans de Suisse*, 91. Accès http://www.hbsc.ch/pdf/hbsc_bibliographie_273.pdf
- Association romande et tessinoise des éducatrices/teurs, formatrices/teurs, en santé sexuelle et reproductive. (2018). *Services cantonaux - Valais*. Accès http://www.artanes.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=24&Itemid=17
- Association suisse des infirmiers et des infirmières. (2018). *Revue « soins infirmiers » - Numéro actuel*. Accès <https://www.sbk.ch/fr/publications/revue-soins-infirmiers/numero-actuel.html>
- Athéa, N., & Couder, O. (2006). *Parler de sexualité aux ados: une éducation à la vie affective et sexuelle*. Paris : Eyrolles.
- Bantuelle, M., & Demeulemeester, R. (2008). *Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire, programmes et stratégies efficaces : référentiel de bonnes pratiques*. Saint-Denis : Éd. INPES.
- Basen-Engquist, K., Coyle, K. K., Parcel, G. S., Kirby, D., Banspach, S. W., Carvajal, S. C., & Baumler, E. (2001). Schoolwide effects of a multicomponent HIV, STD, and

pregnancy prevention program for high school students. *Health Education Behavior*, 28(2), 166-185. doi: 10.1177/109019810102800204

Bee, H. L., & Boyd, D. (2011). *Les âges de la vie: psychologie du développement humain* (4^e éd). Saint-Laurent (Québec) : Ed. du Renouveau pédagogique ERPI.

Borawski, E. A., Tufts, K. A., Trapl, E. S., Hayman, L. L., Yoder, L. D., & Lovegreen, L. D. (2015). Effectiveness of Health Education Teachers and School Nurses Teaching Sexually Transmitted Infections/Human Immunodeficiency Virus Prevention Knowledge and Skills in High School. *Journal of School Health*, 85(3), 189-196. doi: 10.1111/josh.12234

Boudewyns, V., & Paquin, R. (2001). Intentions and Beliefs About Getting Tested for STDs: Implications for Communication Interventions: Health Communication. *Health Communication*, 26(8), 701–711. doi: 10.1080/10410236.2011.563353

Brook, D. W., Morejele, N., Zhang, C., & Brook, J. S. (2006). South African adolescents: Pathways to risky sexual behavior. *AIDS Education and Prevention*, 18(3), 259–272. doi: 10.1521/aeap.2006.18.3.259

Centre de consultation SIPE. (s. d.). *Formation en santé sexuelle*. Accès http://www.sipe-vs.ch/fr/index.cfm?page=formation/fo_santesexuelle.cfm

Centre de consultation SIPE. (s.d.). *Activités / Education en santé sexuelle*. Accès http://www.sipe-vs.ch/fr/index.cfm?page=activites/es_accueil.cfm

Centres de consultation SIPE. (s.d.). *Activités / Education en santé sexuelle*. Accès http://www.sipe-vs.ch/fr/index.cfm?page=activites/es_accueil.cfm

Christine, P. (2016). *Dictionnaire des concepts en soins infirmiers* (3^e éd, p.319). Noisy-le-grand : Setes.

Cunha, M., & Silva, M. (2003). O comportamento dos adolescentes frente ao risco de contaminação com HIV/AIDS. *Estudos*, 40(4), 395-418. Accès <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/download/3049/1850>.

Currie, C., & World Health Organization. (2004). *Young people's health in context: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. Accès http://www.who.int/immunization/hpv/target/young_peoples_health_in_context_who_2011_2012.pdf

- Dias, F. L. A., Sliva, K., Vieira, N., Pinheiro, P., & Maia, C. (2010). Riscos e vulnerabilidades relacionados à sexualidade na adolescência. *Rev Enferm UERJ*, 18(3), 456-461. Accès <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a21.pdf>
- Dittus, P. J., Michael, S. L., Becasen, J. S., Gloppen, K. M., McCarthy, K., & Guilamo-Ramos, V. (2015). Parental Monitoring and Its Associations With Adolescent Sexual Risk Behavior: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 136(6), 1587-1599. doi: 10.1542/peds.2015-0305
- Fédération Valaisanne des Centres SIPE. (2014). *Education en Santé Sexuelle à l'école*. Accès http://www.sipe-vs.ch/images/fr/documents/Explicatif_parents_2014.pdf
- Fellay, L. (2015, 12 janvier). Alcool et sexe, quelle limite. *Le Nouvelliste*. Accès https://www.ovs.ch/data/documents/prevention/Dependances_tabac_alcool_drogues/Alcool_et_sexe_12.02.15.pdf
- Fellay, L. (2018, 19 avril). Ados et médias sociaux, un duo indissociable. *Le Nouvelliste*. Accès <http://cms.addiction-valais.ch/Upload/addiction-valais/MagNF/2018/20180419%20NF%20-%20Sante%20-%20Ados%20et%20telephones%20portables.pdf>
- Fondation suisse pour la santé sexuelle et reproductive. (2016). *Premiers résultats de recherche sur l'éducation sexuelle informelle dans le contexte familial*. Accès https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2016/09/1609015_CM_Colloque-national_education-sexuelle_f.pdf
- Fortin, M. F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives* (3^e éd). Montréal : Chenelière Education.
- Garcia, L. T. (1999). The certainty of the sexual self-concept. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 8(4), 263-270. Accès https://www.researchgate.net/publication/288270136_The_certainty_of_the_sexual_self-concept
- Garcia-Retamero, R., & Cokely, E. T. (2015). Simple but powerful health messages for increasing condom use in young adults. *Journal of Sex Research*, 52(1), 30-42. doi: 10.1080/00224499.2013.806647
- Goldsberry, J., Moore, L., Macmillan, D., & Butler, S. (2016). Assessing the effects of a sexually transmitted disease educational intervention on fraternity and sorority members' knowledge and attitudes toward safe sex behaviors. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(4), 188-195. doi: 10.1002/2327-6924.12353

- Gordon, S., & Barry, C. (2009). Delegation guided by school nursing values: comprehensive knowledge, trust, and empowerment. *Journal school of Nurse*, 25(5), 352-360. doi: 10.1177/1059840509337724
- Harkabus, L. C., Harman, J. J., & Puntenney, J. M. (2013). Condom accessibility: the moderating effects of alcohol use and erotophobia in the information-motivation-behavioral skills model. *Health Promotion Practice*, 14(5), 751-758. doi: 10.1177/1524839912465420
- Haute Autorité de Santé. (2013). *Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique*. Accès https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-06/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf
- Haute école de travail social Genève. (2012, 12 juillet). *DAS en Santé sexuelle: interventions par l'éducation et le conseil*. Accès <https://www.hesge.ch/hets/formation-continue/formations-postgrade/diplomes-das/das-en-sante-sexuelle-interventions-education>
- Haute école de travail social Genève. (2013, 11 avril). *CAS en Santé sexuelle: approches de prévention et de promotion*. Accès <https://www.hesge.ch/hets/formation-continue/formations-postgrade/certificats-cas/cas-en-sante-sexuelle-approches-prevention>
- Haute Ecole Spécialisée de Suisse occidentale. (2012). *Plan d'études cadre Bachelor 2012*. Accès <https://www.hes-so.ch/data/documents/plan-etudes-bachelor-soins-infirmiers-878.pdf>
- Hickey, M. T., & Cleland, C. (2013). Sexually transmitted infection risk perception among female college students. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(7), 377-384. doi: 10.1111/j.1745-7599.2012.00791.x
- Hsu, H.-Y., Yu, H.-Y., Lou, J.-H., & Eng, C.-J. (2015). Relationships among sexual self-concept and sexual risk cognition toward sexual self-efficacy in adolescents: Cause-and-effect model testing. *Japan Journal of Nursing Science*, 12(2), 124-134. doi: 10.1111/jjns.12056
- Jacot-Descombes, C. (2008). *L'éducation sexuelle en Suisse*. Accès https://www.phlu.ch/fileadmin/media/phlu.ch/wb/gesundheitsfoerderung/Commentaire_artanes_pour_%20analyse_de_la_situation_avril_08.pdf

- Jardim, F. A., Campos, T. de S., Mata, R. N., & Firms, M. da P. R. (2013). Doenças sexualmente transmissíveis: a percepção dos adolescentes de uma escola pública. *Cogitare Enfermagem*, 18(4). Accès <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/46365>
- Jovic, L., & Formarier, M. (2012). *Les concepts en sciences infirmières* (2^e éd). Lyon : Mallet Conseil.
- Kozier, B. B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2012). *Soins infirmiers: théorie et pratique* (2^e éd, vol. 1). Saint-Laurent (Québec) : Editions du renouveau pédagogique inc. (ERPI).
- L'Assemblée fédérale - Le Parlement suisse. (s.d). *Protection contre la sexualisation à l'école maternelle et à l'école primaire. Initiative populaire*. Accès <https://www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaeft?AffairId=20140092>
- Le Conseil fédéral. (2016, 5 janvier). *Le Conseil fédéral recommande de rejeter l'initiative populaire contre l'éducation sexuelle*. Accès <https://www.admin.ch/gov/fr/start/dokumentation/medienmitteilungen.msg-id-55442.html>
- Le Conseil fédéral. (2018, 28 avril). *Loi fédérale sur les centres de consultation en matière de grossesse 857.5*. Accès <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19810262/index.html>
- Louw, J., Peltzer, K., & Chirinda, W. (2012). Correlates of HIV Risk Reduction Self-Efficacy among Youth in South Africa. *The Scientific World Journal*, vol. 2012, 1-8. doi: 10.1100/2012/817315.
- Magowe, M. K. M., Seloilwe, E., Dithole, K., & St Lawrence, J. (2017). Perceptions of key participants about Botswana adolescents' risks of unplanned pregnancy, sexually transmitted diseases, and HIV: Qualitative findings. *Japan Journal of Nursing Science: JJNS*, 14(4), 257-266. doi: 10.1111/jjns.12177
- Mallet, P. (2003). *P. Colsin. Les conduites à risque à l'adolescence*. Paris : Armand Colin.
- Moore, E. W., Smith, W. E., & Folsom, A. R. B. (2012). F.O.R.E.play: the utility of brief sexual health interventions among college students. *Journal of American College Health: J of ACH*, 60(2), 175-177. doi: 10.1080/07448481.2011.584336
- Murry, V. M., Brody, G. H., McNair, L. D., Luo, Z., Gibbons, F. X., Gerrard, M., & Wills, T. A. (2005). Parental Involvement Promotes Rural African American Youths' Self-Pride and

Sexual Self-Concepts. *Journal of Marriage and Family*, 67(3), 627-642. doi: 10.1111/j.1741-3737.2005.00158.x

Observatoire suisse de la santé. (2016, 1 septembre). *Comportements sexuels*. Accès <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/comportements-sexuels>

Office fédéral de la santé publique. (2017, 11 juillet). *Statistiques et analyses concernant VIH/IST*. Accès <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/mensch-gesundheit/uebertragbare-krankheiten/sexuell-uebertragbare-infektionen/hiv-sti-statistiken-analysen-trends.html>

Office fédéral de la santé publique. (2018a, 2 février). *Commission fédérale pour la santé sexuelle (CFSS)*. Accès <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/organisation/ausserparlamentarische-kommissionen/eidgenoessische-kommission-fuer-sexuelle-gesundheit-eksg.html>

Office fédéral de la santé publique. (2018b, 2 février). *Les trois axes d'intervention du PNVI*. Accès <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-hiv-und-andere-sexuell-uebertragbare-infektionen/strategie/die-drei-interventionsachsen.html>

Office fédéral de la santé publique. (2018c, 2 février). *Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI)*. Accès <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/themen/strategien-politik/nationale-gesundheitsstrategien/nationales-programm-hiv-und-andere-sexuell-uebertragbare-infektionen.html>

Office fédéral de la santé publique. (2018d, 2 juin). *Législation Maladies transmissibles - Loi sur les épidémies (LEp)*. Accès <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/service/gesetzgebung/gesetzgebung-mensch-gesundheit/epidemiengesetz.html>

Oliveira, K., Bezerra, M., Rocha, R., Santos, L., & Saraiva, P. (2013). Educação sexual na adolescência e juventude: abordando as implicações da sexualidade no contexto escolar. *Sonare*, 12(2), 7-13. Accès <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/download/376/268>

Organisation mondiale de la Santé. (2016a, 3 août). *Qu'est-ce que la promotion de la santé?* Accès <http://www.who.int/features/qa/health-promotion/fr/>

Organisation mondiale de la Santé. (2016b, 3 juin). *Infections sexuellement transmissibles*. Accès [http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))

Organisation mondiale de la Santé. (2018, 5 février). *Adolescents: risques sanitaires et solutions*. Accès <http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>

Organisation mondiale de la Santé. (s.d). *Faits et chiffres*. Accès http://www.who.int/features/factfiles/sexually_transmitted_diseases/facts/fr/index2.html

Organisation mondiale de la Santé. (s.d.). *Santé sexuelle*. Accès http://www.who.int/topics/sexual_health/fr/

Promotion Santé Valais - Unité cantonale de Santé scolaire. (s.d.). *L'infirmière scolaire et le médecin vous informent*. Accès <https://www.promotionsantevalais.ch/fr/depistages-vaccinations-81.html>

Radio Télévision Suisse. (2015, 29 octobre). *Révolution sexuelle en Helvétie*. Accès <https://www.rts.ch/archives/7125662-revolution-sexuelle-en-helvetie.html>

Rosenthal, D., Moore, S., & Flynn, I. (1991). Adolescent self-efficacy, self-esteem and sexual risk-taking. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 1(2), 77-88. doi: 10.1002/casp.2450010203

Salazar, L. F., Diclemente, R. J., Wingood, G. M., Crosby, R. A., Harrington, K., Davies, S., ... Oh, M. K. (2004). Self-concept and adolescents' refusal of unprotected sex: A test of mediating mechanisms among African American girls. *Prevention Science*, 5(3), 137-149. doi: 10.1023/B:PREV.0000037638.20810.01

Santé Sexuelle Suisse. (2015). *Prise de position de Santé Sexuelle Suisse*. Accès https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2015/02/Initiative-de-protection_Prise-de-position_SANTE-SEXUELLE-Suisse.pdf

Service de la santé publique Valais. (s.d). *Déclarer une maladie transmissible*. Accès <https://www.vs.ch/web/ssp/maladies-transmissibles-declaration>

Slim, K. (2008). *Lexique de la recherche clinique et de la médecine factuelle (evidence-based medicine)*. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine) : Masson.

- Statistique Canada. (2013, 23 juillet). *Les statistiques : le pouvoir des données ! Glossaire*. Accès <https://www.statcan.gc.ca/edu/power-pouvoir/glossary-glossaire/5214842-fra.htm#m>
- Tshibangu, N., & Crettenand, G. V. (2016). *Stratégie globale de promotion de la santé sexuelle*. Accès https://www.sante-sexuelle.ch/wp-content/uploads/2016/01/SANT%C3%89-SEXUELLE-Suisse_Guide-developpement-strategie-globale_WEB.pdf
- Turnbull, T., van Wersch, A., & van Schaik, P. (2008). A review of parental involvement in sex education: The role for effective communication in British families. *Health Education Journal*, 67(3), 182-195. doi: 10.1177/0017896908094636
- Université de Genève. (2018, 16 mai). *CAS - Promotion de la santé et santé communautaire*. Accès <https://www.unige.ch/formcont/cours/cas-promotion-de-la-sante-et-sante-communautaire-2018>
- Université de Lausanne. (2016, 31 mai). *Santé sexuelle et bien-être des jeunes en Suisse*. Accès <https://wp.unil.ch/esspace/2016/05/sante-sexuelle-et-bien-etre-des-jeunes-en-suisse/>
- Vitaro, F., & Gagnon, C. (2000). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents* (Vol. 1). Accès <http://www.puq.ca/catalogue/livres/prevention-des-problemes-adaptation-chez-les-21.html>
- Walcott, C. M., Chenneville, T., & Tarquini, S. (2011). Relationship between recall of sex education and college students' sexual attitudes and behavior. *Psychology in the Schools*, 48(8), 828–842. doi: 10.1002/pits.20592
- World Association for Sexual Health. (2014). *Declaration of sexual rights*. Accès http://www.worldsexology.org/wpcontent/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf
- World Health Organization. (2010). *Standards pour l'éducation sexuelle en Europe*. Accès https://www.bzgawhocc.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/WHO_BZgA_Standards_franzoesisch.pdf
- Yarber, W. L., Torabi, M. R., & Veenker, C. (1988). Development of a Three-Component Sexually Transmitted Diseases Attitude Scale. *Journal of Sex Education and Therapy*, 15(1), 36–49. doi: 10.1080/01614576.1989.11074943

11. Annexe I : Tableaux de recension

Etude 1 : A.Borawski, E., Adams Tufts, K., S.Trapl, E., L.Hayman, L., D.Yoder, L., & D.Lovegreen, L. (2015). Effectiveness of Health Education Teachers and School Nurses Teaching Sexually Transmitted Infections/Human Immunodeficiency Virus Prevention Knowledge and Skills in High School

Type d'étude ou devis	Echantillon	But	Concepts	Méthode de collecte des données	Méthode d'analyse	Résultats
Etude de groupe d'intervention randomisée	Tous les élèves de 9 ^{ème} et 10 ^{ème} années (N :1576) se trouvant dans les 10 écoles participantes et étant inscrit au cours obligatoire d'éducation à la santé. L'échantillon final était composé de 1357 élèves, après avoir retiré les étudiants refusant de participer (N :26) ou ceux n'ayant pas obtenu l'autorisation parentale (N : 93) et ceux n'étant plus en mesure de participé (N :100) soit à cause de transfert ou présence irrégulière.	Examiner l'efficacité d'un programme de prévention du VIH et des IST validé dans une étude ultérieure en fonction du type d'animateur (infirmière scolaire vs enseignant spécialisé en éducation à la santé).	Prévention sexuelle scolaire	Le programme été réparti en 6 modules de 50 minutes. Il comprenait : des discussions de groupe, des vidéos, des exercices interactifs et des jeux de rôles. Les intervenants ont participé à des séances de formations répartis sur deux jours (12 heure au total). Dans le but de savoir remplir une liste détailler de chaque session. Ceux-ci on été observés au moins une fois au cours des six sessions. Les élèves ont répondu à des questionnaires auto-administrés, à 4 moments: avant l'intervention (référence), immédiatement après (dans les deux semaines), 4 et 12 mois après.	Les données ont été analysées par des statistiques bivariées. Les variables quantitatives continues ont été analysé par le test T. Les variables qualitatives catégorielles ont été comparé avec le test exact de Fisher. Cela a permis de générer des plus-values démontrant la significativité ou non des données trouvées. Les données ont été répartie dans quatre tableau. Le 1 ^{er} démontre les caractéristiques démographiques des intervenants. Le second, les résultats de l'autoévaluation des prestataires selon leur capacités à avoir donner le cours, réalisé post-intervention. Le 3 ^{ème} correspond à la perception des étudiants compte tenu du type d'intervenant et de l'efficacité de celui-ci post-test. Le 4 ^{ème} compare l'efficacité des interventions selon 5 items compte tenu du type d'intervenant, par rapport au groupe contrôle et lors de 3 phases temporelles (post-test ;4 mois et 12 mois plus tard). Dans le but de comparer des moyennes facilement, le modèle linéaire a été utilisé. La cohérence interne des outils de mesure à été démontré par coefficient alpha de Cronbach se situant dans la norme (0.70 et 0.90) pour toutes les mesures utilisées.	1) Augmentation significative des connaissances, de la maîtrise de la technique du port du préservatif, du contrôle des impulsions post-test peu importe l'intervenant. 2) Les élèves ayant eu une infirmière pour la prévention ont démontré des augmentations significatives dans leur croyance vis-à-vis du port du préservatif et de son utilisation et ainsi qu'une meilleure gestion de leur impulsion sur le long terme. 3) Le personnel enseignant a obtenu de meilleur score que les infirmières si celui-ci était à l'aise avec le matériel de présentation et remettait en question la façon de penser des élèves vis-à-vis de leur santé. Les étudiants ont également déclaré qu'il trouvait le personnel enseignant plus ordonné et qu'il les prenait plus au sérieux. Cependant ces valeurs n'ont pas démontré de significativité.
Paradigme	Positiviste	Question de recherche	Cadre de référence	Ethique	Conclusion	
Niveau de preuve	II	Hypothèses	Cadre théorique		Faiblesses de l'étude	
	<p>Echantillonnage Probabiliste aléatoire stratifié proportionnel pour les 10 écoles sélectionnées et probabiliste aléatoire simple pour les étudiants.</p> <p>Critères d'inclusion Tous les élèves de 9^e et de 10^e année inscrits à des cours obligatoires d'éducation à la santé dans les 10 écoles secondaires participantes.</p> <p>Critères d'exclusion Non formulés</p>	<p>Question de recherche L'efficacité d'une intervention de prévention sexuelle peut-elle être modifiée compte tenu du type d'animateur ?</p> <p>Hypothèses Non formulée</p> <p>VI : Education fournie selon le type d'intervenant soit l'infirmière ou l'enseignant en éducation à la santé.</p> <p>VD : Efficacité de l'intervention mesurée par rapport à l'amélioration des connaissances, de l'auto-fiabilité et des intentions.</p>	<p>Compétence disciplinaire du corps enseignant et infirmier.</p> <p>« GetConnect ed » et « BPBR »</p> <p>Non formulé</p>	<p>Cette étude a été approuvée par le Conseil de révision institutionnelle de l'université Case Western Réserve. Le droit de refus au cours a été respecter au début de l'étude. Aucun problème éthique et conflit d'intérêt n'ont été relevés. Les documents d'identification ont été garder sous clés dans le bureau du chercheur et les autres formulaires remplis de manière anonyme.</p>	<p>Le 1^{er} démontre les caractéristiques démographiques des intervenants. Le second, les résultats de l'autoévaluation des prestataires selon leur capacités à avoir donner le cours, réalisé post-intervention. Le 3^{ème} correspond à la perception des étudiants compte tenu du type d'intervenant et de l'efficacité de celui-ci post-test. Le 4^{ème} compare l'efficacité des interventions selon 5 items compte tenu du type d'intervenant, par rapport au groupe contrôle et lors de 3 phases temporelles (post-test ;4 mois et 12 mois plus tard). Dans le but de comparer des moyennes facilement, le modèle linéaire a été utilisé. La cohérence interne des outils de mesure à été démontré par coefficient alpha de Cronbach se situant dans la norme (0.70 et 0.90) pour toutes les mesures utilisées.</p> <p>Logiciel statistique SAS PROC MIXED Version 9.2 pour Windows 2008</p>	<p>Le personnel enseignant a obtenu de meilleur score que les infirmières si celui-ci était à l'aise avec le matériel de présentation et remettait en question la façon de penser des élèves vis-à-vis de leur santé. Les étudiants ont également déclaré qu'il trouvait le personnel enseignant plus ordonné et qu'il les prenait plus au sérieux. Cependant ces valeurs n'ont pas démontré de significativité.</p> <p>Au final, les infirmières semblent posséder une meilleure compétence dans la prévention visant à réduire les comportements sexuels à risque. Les enseignants en éducation sexuelle ont également démontré une solide capacité. Il reste cependant moins efficace.</p> <p>Les conditions d'éducation sexuelle pouvant être différente en d'autre milieu. L'étude est alors difficilement généralisable.</p>

Etude 2 : Goldsberry, J., Moore, L., MacMillan, D., & Butler, S. (2016). Assessing the effects of a sexually transmitted disease educational intervention on fraternity and sorority members' knowledge and attitudes toward safe sex behaviors

<p>Type d'étude ou devis Etude quantitative descriptive et corrélationnelle</p> <p>Paradigme Positivisme</p> <p>Niveau de preuve III</p>	<p>Echantillon 5500 étudiants du sud-est des États-Unis. Dont 20% sont membres d'une fraternité ou d'une sororité. Au moment de cette étude, les membres de la sororité étaient estimés à 1275 et à 410 pour les membres de fraternité. La taille de l'échantillon a été déterminée avec une analyse de puissance a priori pour obtenir une petite taille d'effet. La taille d'échantillon nécessaire a été déterminée comme étant de 150. La taille d'échantillon final été composé de 132 participants.</p> <p>Echantillonnage Par réseau qui s'est déroulé en janvier 2015 lors d'une réunion de tous les dirigeants de fraternité de la région. Le chercheur a présenté son étude et a demandé aux dirigeants de discuter de la participation avec leurs membres. Les groupes intéressés ont communiqué avec le chercheur par courriel et ont fixé une date pour l'intervention éducative.</p> <p>Critères d'inclusion Etre membre d'une fraternité ou d'une sororité Etre capable de comprendre et de parler anglais Ne pas avoir de trouble visuelle ou de difficulté de lecture qui pourrait demander de l'assistance</p> <p>Critère d'exclusion Aucun</p>	<p>But Mesurer l'efficacité d'une intervention éducative ciblant la prévention des MST chez les membres de fraternité et de sororité et examiné les relations entre les connaissances, les attitudes et les données démographiques des MST.</p> <p>Question de recherche 1. Comment une intervention éducative sur les IST a-t-elle affecté les connaissances sur les MST parmi les étudiants des collèges de la société grecque? 2. Comment une intervention éducative sur les MST a-t-elle influencé les attitudes envers les comportements sexuels sans risque parmi les étudiants des collèges de la société grecque? 3. Existe-t-il une relation entre les facteurs démographiques sexuels et les connaissances sur les MST pré- et post-interventionnelles? 4. Y a-t-il un lien entre les facteurs démographiques sexuels et les attitudes à l'égard de la pratique de comportements sexuels sécuritaires avant et après l'intervention?</p> <p>Variables VI : Connaissance et attitude pré et post intervention VD : Efficacité d'une intervention éducative</p>	<p>Concepts Prévention sexuelle</p> <p>Appartenance à un groupe</p> <p>Cadre théorique Théorie du comportement planifié (TMB)</p>	<p>Méthode de collecte des données Participation à une session éducatives d'une durée de 30 minutes Avant et après l'intervention, les participants devaient remplir le questionnaire démographique, STDKQ et STD Attitude Scale</p> <p>Ethique Le consentement et l'approbation du Conseil d'examen institutionnel de l'Université (CISR) ont été obtenus avant le début du recrutement des participants à cette étude. Avant l'intervention prévue, les procédures d'étude ont été expliquées et le consentement éclairé a été obtenu. Protection et approbation du système de sondage courriel par l'université. Aucun conflit d'intérêt mentionné.</p>	<p>Méthode d'analyse Les chercheurs ont créé quatre tableaux. Le 1er fournit des données démographiques, inscrite sous forme de pourcentage. Le second renseigne sur les pratiques sexuelles. Ses variables sont illustrées par leur moyenne et leur écart-type compte tenu de leur rang. Le 3^{ème} tableau présente les résultats de comparaison des scores pré et post intervention vis-à-vis de l'échelle STD-KQ et STD Attitude. Les données sont inscrites sous formes de moyenne avec leur écart-type et la plus value est fournie. Le dernier tableau utilise l'analyse par rang de Sperman afin de déterminé des corrélations entre les variables (ex : nombre de boisson alcoolisée), les attitudes et les connaissances pré et post intervention. Afin de voir si ses corrélations peuvent être démontré par deux test statistique, le test de Pearson a été entrepris pour chaque valeur. Pour finir, le calcul de la p-value démontre la significativité ou non des résultats. Le test du X2 et le test T d'échantillon indépendant ont également été utilisé pour tester d'autre valeur.</p>	<p>Résultats H1 a été soutenue : Une augmentation significative à été trouver entre les connaissances des IST pré et post test ($p < .000$). H2 n'a pas été soutenue : Aucun changement significatif trouvé ($p < .948$). H3 a été partiellement soutenue : Une relation négative significative ($p < .05$) entre la consommation d'alcool et les connaissances pré-test à été trouvé. Les personnes consommant de l'alcool possédaient moins de connaissance. Aucun autre lien n'a démontré de valeur significative démographie de base et sexuel compris ($p > .05$). H4 a été partiellement soutenue : Des relations positives significatives ont été trouvés. Les personnes ayant plus de rapport oraux et vaginaux avait déjà acquis des comportements sains avant l'intervention ($p < .05$). Les personnes ayant un nombre élevé de partenaires ($p < .05$), des tendances à la consommation de drogue et d'alcool ($p < .001$) avait tendance à avoir des comportements sexuels risqués.</p> <p>Conclusion L'éducation sexuelle doit être une priorité des professionnels de la santé afin de réduire les comportements à risque.</p> <p>Faiblesses de l'étude - Les participants ont peut-être mal rapporté leur histoire sexuelle. - Certains participants peuvent avoir eu une MST mais ne pas en être au courant. - Impossibilité d'obtenir une taille d'échantillon de 150 participants - L'étude a eu lieu dans une seule université du Sud-Est et les résultats ne sont peut-être pas généralisables pour les autres étudiants de la société grecque. - Le biais de désirabilité sociale peut avoir influencé les réponses des participants - Les comportements sexuels ont été limités aux étudiants hétérosexuels en raison du manque de participants homosexuels.</p>
---	---	--	---	--	---	--

Etude 3 : Aranha Arrais Santos Almeida, R., Da Graça Carvalho Frazão Corrêa, R., Tavares Palmeira Rolim, I.L., Marques da Hora, J., Gomes Linard, A., Portela Silva Coutinho, N., & Da Silva Oliveira, P. (2017). Knowledge of adolescents regarding sexually transmitted infections and pregnancy

<p>Type d'étude ou devis</p> <p>Etude descriptive transversale</p> <p>Paradigme</p> <p>Interprétatif</p> <p>Niveau de preuve</p> <p>III</p>	<p>Echantillon</p> <p>Composé de 22 étudiants de 16 à 19 ans du collège Universitaire Fédéral Maranhão sélectionné jusqu'à la saturation des données.</p> <p>Echantillon nage</p> <p>Intentionnel non probabiliste</p> <p>Approche des étudiants pendant les cours, explication de l'étude et invitation à y participer.</p> <p>Critères d'inclusion et d'exclusion</p> <p>Non-mentionné</p>	<p>But</p> <p>Étudier les connaissances des adolescents en matière d'infections transmissibles sexuellement (ITS), de sida et de grossesse, et comprendre le rôle de l'école dans l'éducation sexuelle.</p> <p>Question de recherche</p> <p>Non formulée</p>	<p>Concepts</p> <p>Prévention sexuelle</p> <p>Sexualité</p> <p>Comportement à risque IST</p> <p>Adolescence</p> <p>Cadre de référence</p> <p>Importance de l'école dans l'éducation sexuelle</p>	<p>Méthode de collecte des données</p> <p>Une interview entretien individuel semi-structuré a été programmé pour chaque étudiant participant dans une salle réservée à cet effet par l'administration de l'école (déroulement d'octobre à novembre 2015. L'arrêt de la collecte de donnée a été défini par la redondance de celle-ci (critère de saturation). Lors de l'interview, l'utilisation du magnétophone après avoir obtenu l'accord des adolescents a été utilisé afin de permettre un enregistrement fidèle des témoignages, une transcription complète et une analyse ultérieure. Un formulaire d'identification a été utilisé pour les questions liées au sexe, à l'âge, à la religion, au leadership familial et au revenu mensuel de la famille, ainsi qu'à une entrevue semi-structurée.</p> <p>Ethique</p> <p>Conforme aux lignes directrices de la Résolution CNS 466/12 et approuvée par le Comité d'Ethique de l'Hôpital Universitaire de l'Université Fédérale du Maranhão. Tous les parents / tuteurs responsables des mineurs et les mineurs ont signé un formulaire de consentement éclairé. Pour maintenir l'anonymat des participants, les participants ont été identifiés avec la lettre initiale S (pour «étudiant»), suivie du numéro correspondant à l'ordre des interviews: S1...22</p>	<p>Méthode d'analyse</p> <p>L'analyse a été menée en observant ces étapes: pré analyse; étape de la catégorisation / exploration du matériel; l'analyse des résultats; et interprétation. Ces étapes ont débuté par une lecture répétée et attentive des transcriptions des entretiens, en fonction des objectifs de l'étude. Les données ont été organisées en catégories et sous-catégories thématiques, basées sur les idées principales contenues dans les déclarations des personnes interrogées, et analysées selon la technique d'analyse de contenu de Bardin. Les contenus ont été regroupés en fonction des thèmes abordés dans le discours des interviewés et organisés en quatre catégories: 1) sexualité et éducation sexuelle, avec deux sous-catégories (la sexualité en tant qu'option, acte et comportement, et l'importance de l'école dans le sexe) éducation); 2) la compréhension des comportements à risque; 3) la connaissance des IST / SIDA; et 4) connaissance des MST / SIDA et des pratiques de prévention de la grossesse.</p>	<p>Résultats</p> <p>Les résultats ont montré que la sexualité est comprise de différentes manières; Cependant, la sexualité était souvent comprise comme un comportement sexuel et comme un moyen de ressentir du plaisir. La connaissance des IST et de la prévention de la grossesse était principalement liée à l'utilisation des préservatifs, des contraceptifs oraux et du report de l'initiation sexuelle. Concernant le SIDA, les personnes interrogées ont montré un manque de connaissance sur les méthodes de transmission. Le comportement à risque était associé au nombre de partenaires et à d'autres comportements pouvant entraîner des risques pour la santé. Les adolescents ont reconnu que la participation à l'école est importante, soulignant que les cours sont essentiels pour l'orientation qui, combinée à la famille, peut contribuer de manière significative à la protection contre les grossesses non désirées. Cependant, les rapports sexuels sans préservatif, le manque de connaissances sur les risques, le manque d'information et l'absence de programmes de prévention dans la plupart des écoles brésiliennes favorisent un nombre accru d'adolescents infectés par le VIH et de grossesses non désirées.</p> <p>Conclusion</p> <p>Cette étude montre la nécessité d'actions éducatives préventives pour les adolescents et l'engagement scolaire. L'école est un environnement favorable à la promotion de la santé des adolescents, car elle peut guider la prise de décision et la conduite des adolescents. Les débats sur la sexualité et la grossesse sont nécessaires avec la participation des parents, éducateurs et professionnels de la santé. Le manque d'information sur la sexualité contribue à la vulnérabilité des adolescents. Pour cette raison, des stratégies devraient être développées qui favorisent l'intégration des enseignants participant aux actions éducatives, la compréhension de la sexualité, et la promotion et la prévention de cette population vulnérable. Cette étude a été financée par la Fondation pour la recherche scientifique et le développement du Maranhão (FAPEMA)</p> <p>Faiblesses de l'étude</p> <p>Cette étude s'est limitée à s'adresser aux élèves du secondaire; certains d'entre eux ont eu des difficultés à s'exprimer sur le sujet. Une autre limite est le fait que l'école est située dans une zone privilégiée, parce que c'est un collège universitaire. Enfin, comme il s'agit d'un échantillon intentionnel non probabiliste, les résultats ne s'appliquent qu'à la population étudiée.</p>
--	---	--	--	---	--	---

Etude 4 : Magowe, M.K.M., Seloilwe, E., Dithole, K., & ST.Lawrence, J. (2017). Perceptions of key participants about Botswana adolescents' risks of unplanned pregnancy, sexually transmitted diseases, and HIV: Qualitative finding

<p>Type d'étude ou devis Etude transversale</p> <p>Paradigme Interprétatif</p> <p>Niveau de preuve III</p>	<p>Echantillon Vingt adultes clés qui travaillaient avec des adolescents (enseignants, parents, maîtres sportifs, conseillers scolaires et jeunes responsables) ont été recrutés dans des écoles, des bureaux de la jeunesse et des programmes pour les jeunes du Grand Gaborone</p> <p>Echantillonnage Par choix raisonné</p> <p>Critères d'inclusion et d'exclusion Non formulé</p>	<p>But Son objectif est de visualiser les problèmes de sexualité des adolescents de la région à travers les visions de personne clé dans leur quotidien (enseignant, parent). Le but final étant de développer un programme de prévention ciblé sur leurs besoins</p> <p>Question de recherche : 1 Quelles sont les expériences contextuelles et phénoménologiques des adolescents et les problèmes communs menant à des rapports sexuels non protégés? 2 Quels sont les risques liés à l'alcool, aux autres substances et aux lieux à haut risque où les adolescents passent du temps? 3 Suggestions pour améliorer le programme d'intervention des adolescents du Botswana.</p>	<p>Concepts Prévention sexuelle</p> <p>Adolescence</p> <p>Perception à travers le contexte social</p> <p>Cadre de référence Santé publique dans le monde et au Botswana</p> <p>Cadre Théorique Non mentionné</p>	<p>Méthode de collecte des données Vingt adultes participants choisis par échantillonnage ciblé dans des écoles et des centres de jeunesse ont répondu à des questions ouvertes lors d'un entretien individuel semi-structuré (durée d'une heure) approfondies qui ont eu lieu entre décembre 2011 et janvier 2012 à Gaborone, au Botswana. Les entretiens individuelles ont été enregistrées avec la permission des répondants et transcrites textuellement. Les entretiens ont été effectués en anglais.</p> <p>Ethique Tous ceux qui ont été approchés ont accepté d'être interviewés dans leur bureau, l'étude leur a été entièrement expliquée et le consentement éclairé a été obtenu avant les entretiens. -L'étude a été approuvée par l'Université du Botswana et le Ministère de l'Education, des Compétences et du Développement au Botswana et le Mississippi State University Institutional Review Board aux Etats-Unis.</p>	<p>Méthode d'analyse Les données ont été analysées en utilisant une analyse de contenu inductive. Cinq grands thèmes et 12 sous-thèmes ont émergé des entretiens. Les principaux participants ont discuté des situations qui exposaient les adolescents au VIH, aux infections sexuellement transmissibles et à la grossesse. Ils ont également discuté des pratiques sexuelles à risque, des conséquences des rapports sexuels non protégés, de la mauvaise communication parent-adolescent sur la sexualité et de la nécessité d'un programme d'éducation sexuelle.</p>	<p>Résultats Les pratiques sexuelles dangereuses trouvées sont : Début des rapports sexuels précoces, les partenaires simultanés, multiples et plus âgés. La consommation d'alcool, de drogues, la délinquance, la fréquentation de lieux risqués. Ils augmentaient les comportements à risque et le non port du préservatif. L'utilisation du préservatif n'a pas pu être clairement objectivée mais a été jugée de peu probable. Les conséquences des rapports non protégés étaient diverses, partant du décès lié au IST par manque de soins ou encore au décrochage scolaire à la suite d'une grossesse. Les parents n'incombaient pas aux tâches de prévention, déléguant celle-ci au corps enseignant. Celui-ci refusait de prendre la responsabilité de l'éducation de ce sujet et jugé ne pas avoir le temps ou l'opportunité d'en parler au sein des cours. Les suggestions pour réduire les risques proposés étaient que l'offre de formation sur la prévention sexuelle soit intensifiée auprès des enseignants et des parents. Le corps enseignant, les adolescents et les parents devaient être impliqués à part égale dans la discussion de ce sujet et l'école restait un lieu de prévalence pour y parler.</p> <p>Conclusion Des changements de politique sont nécessaires pour améliorer la collaboration entre les adolescents, les parents, les enseignants et les agents de la jeunesse. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour explorer les moyens d'améliorer la communication sur la sexualité entre ces groupes. Les résultats de l'étude fournissent des informations précieuses sur les risques de sexualité qui exposent les adolescents au VIH, la grossesse et aux IST. Des stratégies de prévention ont été trouvées. Aucun conflit déclarer par les auteurs.</p> <p>Force de l'étude Les auteurs ont assuré la validité interne de l'article en utilisant des prises de note et l'enregistrement des entretiens (triangulation de la collecte de données). Afin de garantir l'objectivité de leur travail, ils ont utilisé la triangulation des chercheurs pour analyser les données et la validation par les pairs. C'est-à-dire que des chercheurs n'ayant pas participé à l'écoute des bandes audio et à la création des thèmes ont validé leur travail. Dans le but d'optimiser la transférabilité des résultats, les déclarations ont été analysées une seconde fois par des autres chercheurs qui ont paraphraser et reformuler les propos afin d'en assurer la clarté. Pour finir la fiabilité, a été garantie par l'utilisation de la triangulation des chercheurs dans la transcription de l'analyse. A la fin de l'article les tâches effectuées par chaque auteur ont été clairement définies.</p> <p>Faiblesses de l'étude : Non mentionnées par les auteurs</p>
---	--	---	---	---	--	---

Etude 5 : Hsiu-Yueh, H.S.U., Hsing-Yi, Y.U., Jiunn-Horng, L.O.U., & Cheng-Joo, E.N.G. (2015). Relationships among sexual self-concept and sexual risk cognition toward sexual self-efficacy in adolescents: Cause-and-effect model testing

<p>Type d'étude ou devis Etude transversale</p> <p>Paradigme Positivisme</p> <p>Niveau de preuve III</p>	<p>Echantillon 713 étudiants âgés de 16-20 ans) de 14 collèges juniors de soins ont reçu un questionnaire anonyme à domicile. Au final, 465 valides des sondages ont été retournés, ce qui s'est traduit par un taux de retour de 65,2%.</p> <p>Echantillonnage Probabiliste, Aléatoire stratifié proportionnel</p> <p>Critères d'inclusion Etre âgés de 16 à 20 ans et faire partie d'une des 14 écoles de soins infirmiers à Taiwan</p>	<p>But : Confirmer un modèle de cause à effet entre le concept de soi sexuel, la cognition des risques reliés au sexe et l'auto-efficacité sexuelle.</p> <p>Hypothèse : (H1) l'auto-efficacité sexuelle SEM a un caractère acceptable tel que testé par SEM; (H2) le concept de soi sexuel influence positivement la cognition du risque sexuel et l'auto-fi délité sexuelle; et (H3) la cognition du risque sexuel a un effet médiateur sur la relation entre le concept de soi sexuel et l'auto-efficacité sexuelle.</p> <p>Variable Concept de soi sexuel, Auto-efficacité sexuel et cognition du risque.</p>	<p>Concepts Sexualité</p> <p>Cadre de référence Le modèle d'équations structurelles (SEM)</p> <p>Les critères de modélisation proposés par Bagozzi et Yi (1988)</p> <p>Les valeurs seuils des indices de coupe indiquées par Hair, Black, Babin, Anderson et Tatham (2006)</p> <p>L' analyse factorielle confirmatoire (CFA)</p> <p>Cadre théorique Théorie cognitive sociale de Bandura</p>	<p>Méthode de collecte des données Trois instruments structurés ont été utilisés dans cette étude, y compris une échelle d'auto-évaluation de l'activité sexuelle (SSES), l'inventaire des concepts sexuels des adolescents (ASSCI) et un questionnaire sur les cognitions sexuelles chez les adolescents (ASRCQ).</p> <p>Ethique Le protocole d'étude et le formulaire de consentement éclairé ont été examinés et approuvés par le comité d'examen institutionnel de l'Université de Meiho, Taiwan (n ° MU-IRB-009). Tous les sujets ont participé volontairement à cette étude et la confidentialité de toutes les réponses a été maintenue. Une fiche d'information décrivant le but de l'étude et expliquant que la participation était volontaire et anonyme accompagnait chaque questionnaire. Tous les participants ont été informés qu'ils avaient le droit de se retirer de l'étude à tout moment. En outre, un consentement éclairé a été envoyé aux participants et obtenu par tous les participants à l'étude. Dans le cas des participants de moins de 18 ans, la collecte des données a commencé seulement après que les participants et leurs parents ont accepté et signé le consentement éclairé.</p>	<p>Méthode d'analyse : Le SEM (méthode statistique du test-retest) a été utilisé pour tester un modèle de relation entre le concept de soi sexuel, la cognition du risque sexuel et l'auto-efficacité sexuelle.</p> <p>Logiciel statistique : La version logicielle du progiciel statistique pour les sciences sociales 17.0 (SPSS, Chicago, IL, USA) et la version 8.8 de LISREL (Scientific Software International, Lincolnwood, IL, USA) ont été utilisées pour toutes les entrées et analyses de données.</p>	<p>Résultats H1 a été acceptée. La qualité externe de ce modèle d'auto-efficacité sexuelle a été qualifié d'acceptable après l'utilisation de l'analyse SEM. Ainsi, le modèle de cause à effet utilisé dans cette étude peut expliquer de manière fiable les relations entre le concept de soi sexuel, la cognition du risque sexuel et l'auto-efficacité sexuelle. H2 à été soutenue. Les effets directs du concept de soi sur la cognition du risque (0.82) et l'auto-efficacité (0.42), ont été démontrée, ses valeurs était significatives ($p < 0.05$). H3 à également été validée. L'influence de la cognition du risque sur l'auto-efficacité à été significativement ($p < 0.05$) démontré 0.40. La cognition du risque jouait un rôle indirect de médiateur entre le concept de soi et l'auto-efficacité.</p> <p>Conclusion L'adolescence est une période de développement du concept de soi. Des programmes de santé préventif sont nécessaires durant cette période. Dans cette étude, les résultats soulignent l'importance du concept de soi sexuel et de la cognition du risque sexuel dans l'augmentation de l'auto-efficacité sexuelle. Aucun conflit d'auteur n'a été déclaré. Cette recherche n'a reçu aucune subvention spécifique d'une agence de financement dans les secteurs public, commercial ou sans but lucratif.</p> <p>Faiblesses de l'étude - En raison des limites des ressources de recherche et du soutien financier, cette étude n'a porté que sur les adolescents des collèges de sciences infirmières. Par conséquent, la généralisation des résultats est limitée. - L'étude n'a étudié que les relations entre le concept de soi sexuel, la cognition du risque sexuel et l'auto-efficacité sexuelle. Les possibilités d'autre facteurs d'influence tels que l'âge, la culture et la religion non pas été pris en compte. - De nombreux adolescents peuvent se sentir gênés de rapporter leur cognition ou leurs activités sexuelles ce qui a pu modifier leurs déclarations.</p>
---	--	---	---	---	---	--

Etude 6 : Harkabus, L.C., Harman, J.J., & Puntenney, J.M. (2013). Condom Accessibility: The Moderating Effects of Alcohol Use and Erotophobia in the Information–Motivation–Behavioral Skills Model

<p>Type d'étude ou devis</p> <p>Etude transversale testant un modèle de cause à effet</p>	<p>Echantillon</p> <p>125 étudiants de premier cycle ont participé à l'étude en cours (femmes = 59, hommes = 55, pas de réponse = 11, âge moyen = 18,90 ans).</p>	<p>But</p> <p>Le but de la présente étude est d'examiner si les voies causales de la théorie de réduction des risques du VIH (IMB) diffèrent pour des adultes en 1^{ère} du collège en fonction d'un certain nombre de dimensions liées à l'accessibilité du préservatif, tels que l'éreutophobie et la consommation fréquente ou non d'alcool.</p> <p>Hypothèse</p> <p>Deux hypothèses ont été émises. Premièrement, les motivations à adopter des comportements visant des rapports protégés seraient plus faibles pour les personnes consommant de l'alcool, leurs perceptions du risque ayant diminué. Deuxièmement, les personnes souffrant de timidité auraient un niveau plus faible d'aptitude dans toutes les dimensions de l'IMB. La cause serait leur gêne à aborder les sujets de sexualité créant un obstacle direct ou indirect à l'obtention d'information préventive.</p>	<p>Concepts</p> <p>Consommation d'alcool</p> <p>Ereutophobie</p> <p>L'accessibilité au préservatif</p> <p>Cadre théorique</p> <p>IMB modèle de Fisher (Information, motivation et comportement)"</p> <p>Le sentiment d'auto-efficacité d'Albert Bandura</p>	<p>Méthode de collecte des données</p> <p>125 étudiants dont l'âge moyen était de 19 ans ont été invités à répondre à un questionnaire en ligne de 30 min accessible via leur ordinateur portable dans une salle de l'université. Plusieurs dimensions ont été évaluées telles que les connaissances sur les IST, les motivations à utiliser des moyens de préventions, les compétences comportementales autrement dit les compétences d'auto-efficacité et des facteurs modérateurs telle que la consommation d'alcool, l'éreutophobie et l'accessibilité au préservatif.</p> <p>Ethique</p> <p>Aucune considération éthique formulées.</p>	<p>Méthode d'analyse</p> <p>Un Test T a été utilisé pour tester les variables examinées. Aucune différence entre les genres n'a été trouvée. La figure 1 a été émise par les chercheurs démontre le modèle IMB pour prédire l'accessibilité au préservatif. Le tableau 1 démontre les résultats des statistiques descriptives des diverses variables univariées et bivariées obtenus à l'aide des questionnaires. Les données sont inscrites dans un tableau de contingence. Le tableau 2 a été réparti sous forme de modèle selon (Muller et al., 2005). Le 1^{er} modèle traité de l'accessibilité au préservatif compte tenu de la motivation et de l'effet de l'alcool sur celle-ci. Le deuxième modèle évaluait l'effet médiateur de l'alcool sur la motivation compte tenu de l'adoption ou non de comportement sain. Le dernier modèle régissait l'accessibilité compte tenu de toutes les variables l'influençant (Motivation et comportement, alcool ou non). Les données ont été testées à l'aide d'une régression analytique utilisant le test T et des coefficients bêtas non normalisés. La significativité des résultats a été démontrée par la plus-value. Le dernier tableau 3 teste l'effet de l'éreutophobie compte tenu de l'accessibilité au préservatif. Les valeurs ont été testées de la même manière que pour le tableau 2.</p> <p>Logiciel statistique</p> <p>AMOS 4 (Arbuckle et Wothke, 1999)</p>	<p>Résultats</p> <p>H1 a été soutenue. La consommation d'alcool a modéré l'effet médiateur des compétences comportementales entre la motivation et l'accessibilité du préservatif dans tous les niveaux d'alcool déclaré ($p < .01$). Ce qui signifie que les personnes ayant consommé plus d'alcool au cours de la semaine précédente avaient une accessibilité au préservatif beaucoup plus faible que celles qui consommaient moins. H2 a été soutenue. L'éreutophobie a modéré l'effet de la motivation et des compétences comportementales sur l'accessibilité du préservatif ($\beta = .21, p = .005$). L'éreutophobie diminuait donc l'accessibilité au préservatif ($p < .001$).</p> <p>Conclusion</p> <p>Le modèle final ajusté de l'IMB a été jugé d'efficace et de significatif pour prédire l'accessibilité au préservatif ($X^2=4.58, p=.08$). Cette valeur a été comparée avec le premier modèle hypothétique original ayant démontré un faible ajustement des données ($X^2=8.96, p<.01$). Des niveaux inférieurs de motivation et de compétence comportementale prédisaient de manière significative que les préservatifs seraient moins accessibles. L'information n'a pas été retenue comme prédicteur significatif des comportements.</p> <p>Force de l'étude</p> <p>Une force de l'étude est que toutes les échelles de mesure utilisées dans cette étude concordent avec les principaux chercheurs sur le VIH, en particulier ceux qui utilisent le modèle IMB pour expliquer la prévention et le traitement du VIH et sont considérés comme fiables et valides.</p> <p>Faiblesses de l'étude</p> <p>Les limites de cette étude sont que l'échantillonnage a été réalisé dans l'université de White. Les résultats ne sont alors généralisables qu'à des populations ayant les mêmes caractéristiques. Une variabilité de la consommation d'alcool a été trouvée entre les individus, celle-ci a pu modifier les résultats et donc constituer un biais de confusion.</p>
--	--	---	---	--	--	---

12. Annexe II : Glossaire méthodologique

Analyse de contenu : « technique d'analyse qualitative utilisée pour traiter les données textuelles. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 497)

Analyse de puissance à priori : « technique statistique servant à déterminer la taille requise de l'échantillon pour les études corrélationnelles et expérimentales. Niveau acceptable 0.8. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 277)

Analyse de régression : « technique statistique servant à caractériser le modèle de relation entre la ou les variables indépendantes et la variable dépendante, toutes deux quantitatives. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 425)''

Biais d'attrition : « retrait de certains patients de l'analyse. » (Slim, 2008, p. 14)

Biais de confusion : « différence entre les groupes comparés, au niveau de facteurs, pouvant être confondue avec l'effet de la manœuvre évaluée par le critère de jugement : pronostic initial différent, prise en charge initiale différente. » (Slim, 2008, p. 14)

Biais : « toute influence ou action pouvant fausser les résultats d'une étude. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 171)

Causalité : « relation de cause à effet entre des variables indépendantes et des variables dépendantes. La notion de causalité est au cœur de la recherche expérimentale, car elle intervient dans la relation entre les variables indépendantes et les variables dépendantes. La variable indépendante X est la cause présumée, et la variable dépendante Y, l'effet présumé. En vertu du principe de causalité, tout événement a une cause et toute cause produit un effet. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 170-171)

Coefficient alpha de Cronbach (α) : « Indice de fidélité qui évalue la cohérence interne d'une échelle composée de plusieurs énoncés. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 296)

Coefficient bêta non normalisé : « le risque bêta (ou erreur β , ou erreur de type 2, ou de deuxième espèce) est celui de conclure à tort qu'un test diagnostique ou un traitement n'est pas différent d'un autre (hypothèse nulle), alors qu'il l'est en réalité. Ce risque est d'autant plus élevé que le nombre de patients comparés est faible. » (Slim, 2008, p. 15)

Coefficient de corrélation de Pearson (r) : « indice numérique qui exprime le degré de corrélation entre deux variables mesurées à l'échelle d'intervalle. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 404)

Coefficient de corrélation de Spearman (r) : « indice numérique qui résume le degré de corrélation entre deux variables mesurées à l'échelle ordinale. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 404)

Corrélation négative : « tendance des valeurs élevées d'une variable à s'associer aux valeurs faibles de l'autre variable. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 213)

Corrélation positive : « tendance des valeurs élevées d'une variable à s'associer aux valeurs élevées de l'autre variable. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 213)

Critères de sélection : « liste des caractéristiques essentielles pour faire partie de la population cible. Les critères de sélection incluent les critères d'inclusion et d'exclusion. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 262)

Devis d'étude descriptive corrélationnelle : « type d'étude servant à explorer des relations entre des variables en vue de les décrire. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 213)

Devis d'étude descriptives ou statistiques descriptives : « variété de devis ayant pour but d'obtenir des informations précises sur les caractéristiques à l'intérieur d'un domaine particulier et de dresser un portrait de la situation. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 208)

Devis d'étude transversale : « étude dans laquelle les données sont recueillies à un moment précis dans le temps en vue de décrire la fréquence d'apparition d'un événement et de ses facteurs associés. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 218)

Double aveugle ou insu : « une étude est menée en aveugle lorsque les participants et les personnes interprétant les résultats ignorent les traitements alloués. » (Slim, 2008, p. 13)

Ecart type (s) : « mesure de dispersion évaluée à partir d'un échantillon et correspondant à la racine carrée de la variance. Il tient compte de la distance de chacun des scores d'une distribution par rapport à la moyenne du groupe. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 398)

Echantillon : « sous-groupe d'une population choisie pour participer à l'étude. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 260)

Echantillonnage accidentel ou par convenance : « méthode d'échantillonnage non probabiliste qui consiste à choisir des personnes selon leur accessibilité dans un lieu déterminé et à un moment précis. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 269)

Echantillonnage aléatoire simple : « méthode d'échantillonnage probabiliste qui donne à chaque élément de la population une probabilité égale d'être inclus dans l'échantillon. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 264)

Echantillonnage intentionnel ou par choix raisonné : « méthode d'échantillonnage qui consiste à sélectionner certaines personnes en fonction de caractéristiques typiques de la population à l'étude. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 271)

Echantillonnage non probabiliste : « choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 263)

Echantillonnage probabiliste : « choix d'un échantillon à l'aide de techniques aléatoires afin que chaque élément de la population ait une chance égale d'être choisi pour faire partie de l'échantillon. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 263)

Echantillonnage stratifié proportionnel : « méthode d'échantillonnage permettant de choisir la même proportion d'unités dans chaque strate de population étudiée. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 267)

Echantillonnage : « processus au cours duquel on sélectionne un groupe de personnes ou une portion de la population pour représenter la population cible. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 260)

Echelle de type Likert : « la personne interrogée répond selon un degré compte tenu des énoncés ou des items. » (Statistique Canada, 2013)

Entrevue semi-dirigée : « l'entrevue est utilisée pour recueillir de l'information en vue de comprendre la signification d'un événement ou d'un phénomène vécu par les participants. Dans l'entrevue semi-dirigée, le chercheur établit habituellement une liste des sujets à aborder, à partir desquels il formule des questions présentées au participant dans l'ordre qu'il juge à propos. L'entretien semi-dirigé fournit au sujet l'occasion d'exprimer ses sentiments et ses opinions sur le sujet traité. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 201)

Ethnographie : « méthodologie visant à comprendre les modes de vie de groupes appartenant à des cultures différentes. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 193)

Généralisable : « degré selon lequel les conclusions d'une étude quantitative dont les éléments ont été sélectionnés aléatoirement dans une population de référence peuvent être généralisées à l'ensemble de cette population. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 450)

Hypothèse de recherche (H) : « affirmation d'une relation anticipée entre deux variables et qui doit être démontrée par des résultats. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 141)

La loi normale : « la loi normale s'applique aux variables quantitatives continues.

Lorsqu'une variable aléatoire X suit une loi normale, sa courbe de probabilité a la forme

d'une courbe en cloche, dite courbe de Laplace-Gauss. Le test statistique de Skew et Kurtosis peut être utilisé afin de tester la loi normale. » (Ancelle, Rothan-Tondeur, & Ivernois, 2013, p. 72)

La moyenne : « mesure de tendance centrale qui correspond à la somme d'un ensemble de valeurs divisées par le nombre total de valeurs. Elle est symbolisée par un \bar{X} ou un \bar{U} , selon qu'il s'agit de représenter la moyenne de l'échantillon ou la moyenne de la population. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 394)

La plus-value : « la plus-value sert à évaluer la probabilité de conclure faussement à une différence qui serait due au simple hasard. Si cette probabilité p est faible, on admet le risque d'erreur et on déclare la différence « significative ». » (Ancelle et al., 2013, p. 129)

Le test de corrélation des rangs de Spearman : « c'est un test non-paramétrique qui n'utilise pas dans ses calculs les valeurs des variables mais les rangs de ces valeurs. » (Ancelle et al., 2013, p. 161)

Modèle linéaire ou régression linéaire simple : « procédure statistique qui permet d'estimer la valeur d'une variable dépendante en se fondant sur la valeur d'une variable indépendante. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 503)

Petite taille d'effet de l'échantillon : « consiste à obtenir un nombre suffisant de personnes pour fournir des résultats crédibles. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 277)

Raisonnement inductif : « part du particulier au général » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 29)

Randomisation : « la seule façon d'obtenir un échantillon représentatif est de laisser agir les lois du hasard, donc de tirer au sort ses individus à l'intérieur de la population source. Cette opération s'appelle randomisation. » (Ancelle et al., 2013, p. 95)

Régression multiple : « analyse statistique multivariée servant à établir la relation prédictive entre une variable dépendante (Y) et un ensemble de variables indépendantes (X_1, X_2, \dots). » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 427)

Saturation des données : « moment dans la collecte des données où le chercheur conclut qu'une nouvelle information n'ajoutera rien de plus à la compréhension du phénomène à l'étude. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 278)

Table de tabulation croisé (Acha-Ncha) : « outil utilisé afin de créer un tableau de contingence. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 403)

Tableau de contingence : « tableau de fréquences dans lequel la répartition des données est présentée dans des cellules en fonction d'au moins une variable nominale. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

Test du Khi-deux (χ^2) : « test inférentiel non paramétrique qui exprime l'importance de l'écart entre les fréquences observées et les fréquences théoriques. On l'utilise entre autres pour effectuer un test d'hypothèse concernant le lien entre deux variables qualitatives. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 432)

Test exact de Fisher : « il sert à comparer deux pourcentages. Il permet de calculer une valeur exacte de p. » (Ancelle et al., 2013, p. 136)

Test T pour échantillons indépendants : « test paramétrique servant à comparer les manières d'évoluer d'une variable continue dans deux groupes indépendants. Autrement dit, on veut vérifier si le fait d'appartenir au groupe expérimental plutôt qu'au groupe de contrôle a une influence sur la variable continue, c'est-à-dire sur la variable dépendante. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 428)

Test T : « test paramétrique servant à déterminer la différence entre les moyennes de deux populations. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 428)

Test-retest : « indice de fidélité qui évalue la constance sur le plan temporel des mesures répétées prises auprès d'un même groupe de sujets mettant en corrélation les scores obtenus. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 298)

Tests statistiques non paramétriques : « procédures statistiques inférentielles utilisées pour des données nominales et ordinales, et dont la distribution normale ne repose pas sur des postulats rigoureux. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

Tests statistiques paramétriques : « procédures statistiques servant à faire l'estimation des paramètres de la population et à vérifier des hypothèses en tenant compte des postulats sur la distribution des variables. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 504)

Triangulation : « stratégie de mise en comparaison de plusieurs méthodes de collecte et d'interprétation de données permettant de tirer des conclusions valables à propos d'un même phénomène. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 377)

Validité interne : « caractère d'une étude expérimentale dans laquelle la variable indépendante est la seule cause du changement touchant la variable dépendante. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 176)

Variable dépendante : « variable censée dépendre d'une autre variable (variable indépendante) ou être causée par celle-ci. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 40)

Variable indépendante : « variable qui peut expliquer la variable dépendante ; elle peut aussi influencer sur cette dernière. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 40)

Variables latentes ou qualitatives : « ce sont des variables qui n'ont pas de valeur numérique. Leurs valeurs sont des qualités observées chez chaque individu, par exemple la couleur des yeux. Leurs valeurs sont des qualités réparties en classes. On ne peut pas procéder à des observations avec leurs valeurs, on peut simplement dénombrer les effectifs appartenant à chacune des classes. » (Ancelle et al., 2013, p. 6)

Variables observables ou quantitatives : « ces variables sont caractérisées par des valeurs numériques qui sont le résultat d'une mesure chez chaque individu : par exemple, la pression artérielle ou le taux de cholestérol. Ces variables sont exploitables arithmétiquement, c'est-à-dire qu'on peut les additionner, en calculer la moyenne, etc. » (Ancelle et al., 2013, p. 6)

Variables qualitatives catégorielles ou nominales : « il s'agit de variables dont les classes ou catégories ne peuvent pas être hiérarchisées. Elles sont nommées, mais pas ordonnées. L'ordre de présentation des catégories est donc arbitraire. Par exemple : le groupe sanguin. » (Ancelle et al., 2013, p. 5)

Variables quantitatives continues : « variables qui peuvent prendre n'importe quelle valeur numérique dans l'intervalle des observations. Il existe une infinité de valeurs théoriques possibles. Les unités décimales utilisées dépendent de leur utilité pratique et de la précision de l'instrument de mesure. Par exemple : le poids. » (Ancelle et al., 2013, p. 5)

Variables univariées et bivariées : « les statistiques descriptives univariées signifient que les données sont relatives à une seule variable. Les statistiques descriptives bivariées signifient que l'étude s'intéresse à deux variables simultanément. » (Fortin & Gagnon, 2016, p. 39)